



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Der Einfluss personenzentrierter Pflegekonzepte auf die  
Attraktivität der stationären Langzeitpflege mit Bezug auf  
die österreichische Situation

Verfasser

Kreiml Andreas

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Univ.-Doz. Dr. Vlastimil Kozon PhD.



## **Mein Dank gilt**

- meinen Eltern für die Geduld und langjährige finanzielle Unterstützung während meines Studiums, den sicheren Rückhalt, den sie mir bis heute bieten, sowie für die Unterstützung in der schwersten Zeit meines Lebens und für die Akzeptanz, die sie meiner Entscheidung, eine neue Richtung in meinem Leben einzuschlagen, entgegengebracht haben
- meiner Freundin Vera für die Liebe und emotionale Unterstützung, die sie mir seit über fünf Jahren täglich entgegenbringt, sowie ihre Zielstrebigkeit, die mir stets ein gutes Vorbild ist
- meinem Bruder, weil es ihn gibt, er mich immer unterstützt hat, vor allem in der schwersten Zeit meines Lebens, und er eine entscheidende und durchaus positive Rolle in meiner persönlichen Entwicklung gespielt hat
- allen meinen Freundinnen und Freunden für den regen Gedankenaustausch während des gesamten Studiums, die hitzigen Diskussionen, die gemeinsamen Feiern und Unternehmungen und dafür, dass wir bis heute in engem Kontakt zueinander stehen und unsere Freundschaft nicht mit dem Ende des Studiums geendet hat
- Herrn Univ.-Doz. Mag. Dr. Vlastimil Kozon PhD. für die Geduld, die er mir in Phasen gesundheitlicher Probleme und beruflichen Stresses während des Schreibens meiner Diplomarbeit entgegengebracht hat, sowie für die menschliche und fachliche Unterstützung, die mich angespornt und mir die Richtung im komplexen Wesen der Wissenschaft gewiesen hat

**DANKE!**

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>0</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG / ABSTRACT</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>9</b>
1.1	Problemstellung, gesellschaftliche Relevanz	9
1.1.1	Begriffsbestimmung: stationäre Langzeitpflege – Pflegeheime	9
1.1.2	Der demographische Wandel	10
1.1.3	Entwicklung der Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit in Österreich	11
1.1.4	Der Anteil der stationären Langzeitpflege an der Pflegeversorgung	12
1.2	Forschungsfrage, Aufbau und Ziel der Arbeit	12
<b>2</b>	<b>METHODE</b>	<b>14</b>
2.1	Systematische Übersichtsarbeiten – Ziele, Nutzen	14
2.2	Vorgehen	18
<b>3</b>	<b>DIENSTLEISTUNGSBERUF PFLEGE – THEORETISCHER HINTERGRUND</b>	<b>21</b>
3.1	Wesen des Dienstleistungsberufs Pflege	21
3.2	Der Beziehungsaspekt in der Pflege	22
<b>4</b>	<b>PERSONENZENTRIERTE PFLEGE – THEORETISCHER HINTERGRUND</b>	<b>25</b>
4.1	Begriffsbestimmung	25
4.2	Primary Nursing, Bezugspflege	26
<b>5</b>	<b>ATTRAKTIVITÄT EINES BERUFSFELDES – THEORETISCHER HINTERGRUND</b>	<b>30</b>
5.1	Attraktivität einer Arbeitstätigkeit (Mikroebene)	31
5.2	Einflüsse institutioneller Rahmenbedingungen auf die Attraktivität (Mesoebene)	33
5.3	Gesetzliche Einflüsse auf die Attraktivität (Makroebene)	35
<b>6</b>	<b>DIE ATTRAKTIVITÄT DER STATIONÄREN LANGZEITPFLEGE IN ÖSTERREICH – AUSGANGSLAGE</b>	<b>38</b>
6.1	Indikatoren der Bewertung der Attraktivität der stationären Langzeitpflege	40
6.1.1	Berufsverweildauer, Rekrutierung von Personal	40
6.1.2	Arbeitszufriedenheit – der Arbeitsklimaindex	42
6.2	Beeinflussungsfaktoren der Attraktivität der stationären Langzeitpflege	44
6.2.1	Personalbesetzung	45
6.2.2	Dokumentationsaufwand und berufsfremde Tätigkeiten	45

6.2.3	Gesetzeslage – Autonomie im pflegerischen Handeln .....	46
6.2.4	Arbeitsbelastungen .....	47
6.2.5	Karriere – Gehalt, Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten .....	49
6.2.6	Führungsverhalten und -aufgaben.....	50
6.2.7	Image – Ausbildung, Professionalisierung.....	52
6.3	Zusammenfassende Darstellung der Ausgangslage .....	53
<b>7</b>	<b>PERSONENZENTRIERTE PFLEGESYSTEME UND DIE ATTRAKTIVITÄT DER STATIONÄREN LANGZEITPFLEGE .....</b>	<b>56</b>
7.1	Literaturrecherche.....	56
7.1.1	Suchstrategie.....	57
7.1.2	Verwendete Suchbegriffe .....	57
7.1.3	Ein- und Ausschlusskriterien .....	59
7.1.4	Suchprotokoll .....	60
7.2	Analysierte Texte .....	67
7.3	Kritische Bewertung der ausgewählten Studien .....	70
7.3.1	Kritische Bewertung der quantitativen Studien .....	70
7.3.2	Kritische Bewertung der qualitativen Studie .....	78
7.4	Ergebnisdarstellung .....	79
<b>8</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>86</b>
<b>9</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNGEN.....</b>	<b>93</b>
9.1	Empfehlungen für die Praxis.....	94
9.2	Empfehlungen und Ausblick für die Forschung .....	96
<b>10</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>98</b>
<b>11</b>	<b>CURRICULUM VITAE.....</b>	<b>106</b>



## **0 Zusammenfassung / Abstract**

---

Der stationäre Langzeitpflegebereich ist kein attraktives Arbeitsfeld für Pflegende. Dies zeigt sich darin, dass es trotz Personalmangels schwer ist, Pflegepersonal für diesen Bereich zu gewinnen und dass in diesem Bereich tätige Pflegende niedrige Arbeitszufriedenheitswerte aufweisen.

Ziel dieser Arbeit ist es festzustellen, ob die Organisation der Pflege nach den Prinzipien personenzentrierter Pflegekonzepte dazu beiträgt, den stationären Langzeitpflegebereich für Pflegende attraktiver zu gestalten.

Die Forschungsfrage wird im Zuge einer systematischen Übersichtsarbeit beantwortet, die in Anlehnung an die Methode der „Best-evidence-synthesis“ von Robert Slavin (1986) durchgeführt wird. Dieses Vorgehen ermöglicht die Einbeziehung quantitativer und qualitativer Primärstudien. Hauptaugenmerk gilt dabei der Literaturrecherche, der Definition der Ein- und Ausschlusskriterien und der kritischen Bewertung der gefundenen Studien. Um die Literaturrecherche strukturiert gestalten zu können, wurde eine Studie aus den USA herangezogen, in der Beeinflussungsfaktoren auf die Attraktivität der stationären Langzeitpflege erhoben und in ein Kategoriensystem eingeordnet wurden. Dieses Kategoriensystem wurde mit empirischen Daten aus Österreich verglichen und modifiziert übernommen. Somit wird der Bezug zur österreichischen Situation hergestellt. Mit den so gewonnenen Begrifflichkeiten wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken Cinahl, PubMed und MEDLINE durchgeführt.

Es konnten drei quantitative Studien, eine triangulierte und eine qualitative Studie gefunden werden, die den strengen Einschlusskriterien entsprachen. Alle Studien weisen einen Evidenzgrad der Stufe III nach Stetler et al. (1998a) auf.

Die Ergebnisse der einzelnen Studien weisen auf eine positive Auswirkung personenzentrierter Pflegesysteme auf Faktoren, die die Attraktivität beeinflussen, hin. Die Arbeit in personenzentrierten Pflegesystemen hat großen Einfluss auf die Autonomie und Verantwortung der Pflegenden. Diese haben mehr Zeit für die PatientInnen und können dadurch auf die individuellen Bedürfnisse dieser eingehen. Es kommt zu einer Steigerung der Anerkennung von Seiten der PatientInnen und der Vorgesetzten und Pflegende sehen Erfolge bei PatientInnen als Folge ihres Handelns. Die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden in diesem Bereich steigt und die Intention, den Beruf zu verlassen, nimmt ab.





## **Abstract**

Long term care sector is not an attractive field to work for nurses. This is reflected in the fact that it, is difficult, to recruit nurses for working in this area, in spite of a lack of staff, and nurses working in this field have a low level of job satisfaction.

The aim of this work is to determine whether the organization of nursing work based on the principles of person-centered nursing concepts, helps to attract nurses to long-term care.

A systematic review is conducted to answer the research question. It is carried out in accordance with "best-evidence synthesis" method, developed by Robert Slavin (1986). This approach allows the integration of quantitative and qualitative studies in the review. Main attention has to be paid to literature research, definition of inclusion and exclusion criteria and critical evaluation of the identified studies. Because of the importance of literature research, the term "attractiveness" has to be made rateable. Therefore a study from the U.S. was used. This study researched and found factors, that attract nurses to long term care and placed that in a category system. All factors of this category system were compared with empirical data from Austria and then modified. Thus, the reference is made to the Austrian situation of attractiveness of long term care. This procedure was necessary to conduct a structured literatureresearch and define precise inclusion and exclusion criteria. With thus obtained terminology a literature search in the databases CINAHL, PubMed and MEDLINE was conducted.

There were found three quantitative studies, one qualitative study and one that uses mixed methods to collect data, that met the strict inclusion criteria. All studies show a level of evidence of stage III according to Stetler et al. (1998a).

The results of the included studies suggest a positive effect of person-centered care systems on factors that influence the attractiveness. A major impact was found on autonomy and responsibility of nurses. They have more time for patients and can thus respond to the individual needs of these. There is an increasing recognition on the part of the patients and the nursing supervisor and nurses see success in patients care as a result of their nursing actions. Job satisfaction of nurses is increasing, and intention to leave the job is decreasing.



# **1 Einleitung**

---

Die steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen und die Organisation der pflegerischen Versorgung der Betroffenen stellt eine der größten Herausforderungen für das österreichische Gesundheitssystem im 21. Jahrhundert dar. Diese Problematik steht nun seit einigen Jahren immer wieder im Zentrum politischer Diskussionen. Vorwiegend thematisiert die Politik und die Berichterstattung in den Massenmedien dabei die Finanzierung der Pflege bzw. des Gesundheitssystems in Österreich. Dass die Finanzierung und ihre Sicherstellung eine notwendige Voraussetzung bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen spielt, soll hier nicht unter den Tisch gekehrt werden. Hauptaugenmerk gilt jedoch in der Pflege der Qualität der pflegerischen Versorgung bedürftiger Menschen und der dadurch, und durch den Beitrag der Medizin, erreichten Lebensqualität der betreuten Personen. Dieser Punkt geht jedoch häufig in der öffentlichen Diskussion um die Finanzierung unter. Setzt man sich erstmals mit der Qualität der Pflege auseinander, fällt sehr schnell der Blick auf die Berufsgruppe der Pflegenden, denn sie sind es, die Pflege auf qualitativ hohem Niveau erst ermöglichen.

Die Pflege ist der personalintensivste Bereich im Gesundheitswesen (vgl. Orischnig, 2012, 20). Der Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen wird dazu führen, dass sich der Bedarf an Pflegepersonen noch weiter erhöht. Dabei besteht schon jetzt, soviel kann der folgenden Analyse vorweggenommen werden, akuter Personalmangel in vielen Bereichen der Pflege, speziell auch im Bereich der stationären Langzeitpflege, in dem ein nicht geringer Teil pflegebedürftiger Menschen in Österreich versorgt wird. Auf den Bereich der stationären Langzeitpflege und die tägliche Situation der Pflegenden konzentriert sich die vorliegende Arbeit.

## **1.1 Problemstellung, gesellschaftliche Relevanz**

### **1.1.1 Begriffsbestimmung: stationäre Langzeitpflege – Pflegeheime**

Der Terminus „Langzeitpflege“ beschreibt eine „dauerhafte Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen oder behinderten Menschen“ (Pschyrembel, 2003, 413-414). Diese kann verschieden organisiert sein. Für diese Arbeit von Bedeutung

ist die Situation der Pflegenden in Pflegeheimen. Diese Institutionsform stellt den überwiegenden Teil der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen dar. Die folgenden Ausführungen werden noch zeigen, dass in den Heimen vorwiegend Personen älter als 60 Jahre versorgt werden. Auf Grund dieser Altersstrukturdaten wird der Terminus Langzeitpflege gleichgesetzt mit Altenpflege, da andere Alters- bzw. Patientengruppen einen vernachlässigbaren Anteil an der stationären Langzeitpflege in der Gesamtbetrachtung ausmachen.

### **1.1.2 Der demographische Wandel**

Österreich (sowie andere westliche Industrienationen) unterliegt einem enormen Altersstrukturwandel. Allgemein zeigen Zahlen zur demographischen Entwicklung einen Zuwachs der Gesamtbevölkerungszahl an. Von besonderer Bedeutung für das Thema dieser Arbeit ist hierbei der Wandel der Altersstruktur in der Bevölkerung. So wird es zu einem starken Anstieg der Gruppe älterer Menschen kommen. War es in den Jahren 1970 bis 2000 die Gruppe der 20- bis 59-jährigen, die an Zahl zunahm, während die Zahl der älteren sich kaum merklich veränderte, so wird in den nächsten Jahrzehnten die Zahl der Gruppe der über 60-jährigen steigen (vgl. Kytir, 2006, 131-134).

- Im Jahr 2000 lag die Anzahl der Personen über 60 Jahren bei ca. 1,7 Mio., die der Über-75jährigen bei ca. 560.000 und jene der Über-85jährigen bei ca. 150.000.
- Nach Berechnungen für die Entwicklung bis zum Jahr 2030 wird die Anzahl dieser Gruppen steigen auf (gleiche Reihenfolge): ca. 2,7 Mio., ca. 960.000 und ca. 284.000.
- Die Berechnungen für das Jahr 2050 geben folgende Zahlen an (wieder gleiche Reihenfolge): ca. 2,8 Mio., ca. 1,4 Mio. und ca. 470.000.

Das bedeutet, der Anteil der Über-60jährigen an der Gesamtbevölkerung wird von 20,7% auf 34,8%, der der Über-75jährigen von 7,2% auf 16,7% und jener der Über-85jährigen von 1,8% auf 5,7% steigen, während die Zahl der 20- bis 59-jährigen stagnieren bzw. sogar rückläufig sein wird (vgl. ebd., 134).

### 1.1.3 Entwicklung der Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit in Österreich

Inwiefern sind diese Zahlen nun relevant für das Thema dieser Arbeit? „Mit Sicherheit kann gesagt werden, dass sich mit zunehmendem Alter auch das Risiko, betreuungsbedürftig (*bzw. pflegebedürftig, Anm. d. Autors*) zu werden, erhöht“ (Badelt, 1996, 105). Es gibt verschiedene Modellrechnungen zur Entwicklung der Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit, jene, die von einer gleichbleibenden Situation im Versorgungssystem und dem Gesundheitszustand alter Menschen ausgehen, und jene, die zukünftige Entwicklungen (verbesserte medizinische Versorgung, neue medizinische Erkenntnisse und einen besseren Gesundheitszustand alter Menschen) miteinbeziehen (vgl. Kytir, 2006, 142). Doch die grundlegende Tendenz, der Anstieg betreuungs- bzw. pflegebedürftiger Personen, ist allen Modellen gleich.

Dieser Anstieg wird zu einer erhöhten Nachfrage nach Plätzen in Pflegeheimen führen, denn gleichzeitig mit dem Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen ist mit einem Rückgang der informellen Pflegeleistung zu rechnen.

Informelle Pflege wird vor allem durch Töchter und Ehepartnerinnen bzw. Ehepartner, meist in den eigenen vier Wänden der betroffenen Person, erbracht (vgl. Schneider et al., 2006, 3; vgl. Badelt et al., 1996, 17), findet also vorwiegend im familiären Kontext statt. Im Jahr 1997 lag der Anteil informeller Pflege an der gesamten erbrachten Pflegeleistung für Erwachsene bei etwa 80% (vgl. Badelt et al., 1997, zit. n. Schneider & Österle, 2006, 237). Jedoch weisen einige soziostrukturelle Entwicklungen in unserer Gesellschaft darauf hin, dass sich die familiären Netzwerke ausdünnen werden und somit der hohe Anteil an informeller Pflegeleistung nicht erhalten bleiben wird (vgl. Schneider et al., 2006, 3). So ist die Geburtenrate seit dem Jahr 1991 rückläufig, sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Neugeborenen (vgl. Statistik Austria, 2010a, 1). Die Zahl der Eheschließungen ist stark rückgängig (vgl. Statistik Austria, 2010b, 1) bei gleichzeitigem Anstieg der Scheidungsrate (vgl. Statistik Austria, 2010c, 1). Die Zahl der Einpersonenhaushalte stieg von 1991 bis zum Jahr 2009 um mehr als das Doppelte im Gegensatz zu den Familienhaushalten. Zu den Familienhaushalten zählen Ehepaare mit oder ohne Kinder, Lebensgemeinschaften mit oder ohne Kinder und alleinerziehende Eltern (vgl. Statistik Austria, 2010d, 1).

#### **1.1.4 Der Anteil der stationären Langzeitpflege an der Pflegeversorgung**

Nach Hörl et al. (2008, 82) liegt „das durchschnittliche Eintrittsalter ins Heim bei etwa 82 Jahren“. Wie oben ausgeführt, wird die Zahl dieser Bevölkerungsgruppen in Zukunft stark ansteigen. Mit 1.1.2009 hatten ca. 55.243 Personen ihren Hauptwohnsitz Einrichtungen für ältere Menschen gemeldet, davon 12.879 in Heil- und Pflegeanstalten und 42.364 in Pensionisten oder Seniorenwohnheimen (Statistik Austria, 2010e, 2). Aus dem österreichischen Pflegevorsorgebericht 2009 (vgl. BMASK, 2010, 7) geht hervor, dass 16% aller pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen versorgt wurden.

#### **1.2 Forschungsfrage, Aufbau und Ziel der Arbeit**

Auf Grund der eben genannten Entwicklungen und Sachverhalte wird die Nachfrage nach einer pflegerischen Versorgung auch im stationären Langzeitpflegebereich steigen. Ziel dieser Arbeit ist es zu untersuchen, welche Auswirkung ein Pflegekonzept bzw. dessen Umsetzung in Institutionen der stationären Langzeitpflege auf verschiedene Charakteristika der pflegerischen Tätigkeit hat. Konkret soll folgende Forschungsfrage beantwortet werden:

Inwiefern beeinflusst ein personenzentriertes Pflegeorganisationssystem die Attraktivität der stationären Langzeitpflege für diplomierte Pflegepersonen?

Die Beantwortung der Forschungsfrage soll im Zuge einer systematischen Übersichtsarbeit erfolgen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen umfassenden Blick auf die Attraktivität der pflegerischen Arbeit im stationären Langzeitpflegebereich zu geben. Der Leserin oder dem Leser werden die Rahmenbedingungen, unter denen die Pflegearbeit in diesem Bereich ausgeführt wird, und wie und warum diese Rahmenbedingungen die Attraktivität des Berufes beeinflussen in den theoretischen Ausführungen aufgezeigt. Es wird ein Blick auf die Pflege innerhalb eines komplexen Versorgungssystems, welches diese Rahmenbedingungen bildet, geworfen. Im Weiteren wird auch die Ausgangslage bezüglich der Attraktivität der stationären Langzeitpflege in Österreich mittels empirischer Daten dargestellt. Aufbauend auf diesen Ausführungen wird im Zuge einer systematischen Übersichtsarbeit der Einfluss personenzentrierter Pflegesysteme auf die Attraktivität geklärt.

Abgesehen von dem Nutzen des Informationsgewinns, der beim Lesen dieser Arbeit erreicht werden kann, können die Schlussfolgerungen und die Diskussion der Ergebnisse am Ende der Arbeit für Personen in Entscheidungspositionen oder für Interessensvertretungen als Anhaltspunkte genutzt werden, um etwaige Entscheidungen oder Positionen zu begründen.

Das nächste Kapitel setzt sich näher mit der Methode der systematischen Übersichtsarbeiten sowie dem Vorgehen in der vorliegenden Arbeit auseinander.

## **2 Methode**

---

Die Forschungsfrage soll im Zuge einer systematischen Übersichtsarbeit beantwortet werden. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Zielen und dem Nutzen systematischer Übersichtsarbeiten. Es erfolgt eine kurze Darstellung des wissenschaftlichen Diskurses und der Begriffsentwicklung zu diesem Thema, bevor das Vorgehen bei der Umsetzung dieser Methode in der vorliegenden Arbeit genau beschrieben wird.

### **2.1 Systematische Übersichtsarbeiten – Ziele, Nutzen**

Systematische Übersichtsarbeiten verfolgen das Ziel, Ergebnisse von Einzelstudien zusammenzuführen im Bestreben, eine Forschungsfrage zu beantworten. Der Nutzen solcher Arbeiten für das Gesundheitswesen ist vielfältig, sowohl für ForscherInnen, als auch für Praktiker. Interessierten wird der Überblick über den Forschungsstand, die Ergebnisse und Schlussfolgerungen zu einer Problematik mit geringerem Zeitaufwand ermöglicht. Politikern und anderen Verantwortungsträgern, aber auch Pflegenden, ÄrztInnen und anderen im Gesundheitswesen tätigen Personen werden so die Grundlagen für Entscheidungen gegeben. Somit können systematische Übersichtsarbeiten auch einen entscheidenden Einfluss auf die Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung haben (vgl. Hasseler, 2007, 297-298; Meißner, 2008, 31).

Durch den übersichtlichen Charakter in kompakter Form wird das Erkennen von noch nicht wissenschaftlich-systematisch untersuchten Aspekten einer Problemstellung erleichtert bzw. können noch gar nicht thematisierte Aspekte erkannt werden. Eine weitere wichtige Funktion ist die Aufarbeitung widersprüchlicher Forschungsberichte. Die Darstellung der Ergebnisse von Einzelstudien zum gleichen Thema, die jedoch zu widersprüchlichen Ergebnissen kommen, erleichtert den Diskurs über die Ursachen hinter diesen Unterschieden bzw. ist dieser Diskurs schon Ergebnis der Übersichtsarbeit und gibt somit wertvollen Input für weitere Forschungsarbeiten (vgl. Harlen & Schlapp, 1998, 1).

Bezüglich der Kriterien, die bei der Zusammenfassung der Ergebnisse der Einzelstudien eingehalten werden müssen, gibt es in wissenschaftlichen Kreisen unterschiedliche Meinungen. Aus diesen unterschiedlichen Ansichten resultiert auch



eine Vielzahl an Begriffen. Meißner (2008) setzte sich mit der bestehenden Begriffsvielfalt auseinander. Sie analysierte systematische Übersichtsarbeiten bzw. Regelsysteme für die Erstellung dieser. Dabei werden unter anderem die Begriffe „narrativer Review“, „systematischer Review“, „traditionell narrativer Review“, „Meta-Analyse“, „Literaturreview“, [und] „Meta-Synthese“ (ebd., 32), zur Beschreibung verwendet. Meißner (vgl. ebd., 31-32) kam zu dem Schluss, dass verschiedene Begriffe für synonyme Vorgehensweisen beim Erstellen von systematischen Übersichtsarbeiten verwendet werden.

Die Ursache dieser verwirrenden Begriffsverwendung sieht sie darin begründet, dass es unterschiedliche wissenschaftliche Sichtweisen auf die Natur von Wirklichkeit und auf die Methoden, die zum Wissenserwerb angewendet werden, gibt. Sie bezieht sich dabei auf die am häufigsten verwendete methodologische Unterscheidung zwischen quantitativer und qualitativer Forschung und beschreibt die Unterschiede in den dahinterliegenden Philosophien sowie den seit einigen Jahren laufenden wissenschaftlichen Diskurs zur Methodentriangulation (vgl. ebd. 32). Grundlegend kommt Meißner (2008) in ihrer Analyse zu dem Schluss, dass sich die Unterschiede zwischen den Begriffen und den dahinterliegenden Herangehensweisen auf zwei allgemeine Kriterien reduzieren lassen (vgl. ebd., 33).

1. Welche Art von Einzelstudien inkludiert werden (quantitative, qualitative oder nicht-wissenschaftliche Texte) und
2. Nach welchen Regeln das Datenmaterial analysiert und synthetisiert wird (systematisch vs. unsystematisch)

Diese beiden Kriterien sind auch in der Auseinandersetzung zu systematischen Übersichtsarbeiten qualitativer Studien von Hasseler (vgl. 2007, 298-299) zu finden. Sie führt an, dass, um den bereits oben erwähnten Nutzen erbringen zu können, unbedingt nach wissenschaftlich-systematischen Kriterien bei der Erstellung von Übersichtsarbeiten vorgegangen werden muss. Zudem erhöhen systematische Herangehensweisen die Überprüfbarkeit und gewährleisten unverzerrte Ergebnisse. Sie unterscheidet ebenfalls zwischen Übersichtsarbeiten mit zugrundeliegendem quantitativem und qualitativem Datenmaterial. Für Übersichtsarbeiten mit rein quantitativen Ausgangsstudien gibt sie eine konkrete Systematik für das Vorgehen an (ebd., 298).

- „Eine klare Fragestellung formulieren
- Ein Suchprotokoll für die Literaturrecherche formulieren
- Kriterien für die Inklusion von Veröffentlichungen beschreiben
- Systematische Literaturrecherche in Literaturdatenbanken durchführen
- Angemessene Artikel filtern
- Qualität der Artikel kritisch einschätzen
- Outcome-Daten extrahieren
- Systematisches Zusammenführen der Daten, die beste Evidenz herausarbeiten“

Für eine Übersichtsarbeit qualitativer Forschungsarbeiten ist eine andere Vorgehensweise notwendig. Hier kommt der kritischen Beurteilung der einzelnen Studien hohe Bedeutung zu. Dies liegt darin begründet, dass es in der qualitativen Forschung keinen „Gold Standard“ wie in der quantitativen Forschung in Form von randomisierten, kontrollierten Studien gibt. Quantitative Forschungsarbeiten können nach einheitlichen Kriterien bewertet werden. Das qualitative Paradigma sagt aus, dass das in qualitativen Untersuchungen gewonnene Wissen „nur im Kontext der Perspektiven der Individuen, der Orte und der Zeit verstanden werden“ (ebd., 299) könne. Es ist somit schwer, allgemein anerkannte einheitliche Kriterien für die kritische Bewertung qualitativer Studien zu finden. Ziel einer Übersichtsarbeit qualitativer Einzelstudien muss es also sein, eine systematische Vorgehensweise zu finden, die es ermöglicht, die Integrität der einzelnen Studien zu erhalten. Ein Hauptaugenmerk legt Hasseler (vgl. ebd., 299) dabei auf die Literaturrecherche und -auswahl, die systematisch, explizit und reproduzierbar sein muss. Das Ziel besteht nicht darin, statistische Repräsentativität herzustellen. Vielmehr ist bei der Auswahl der Primärstudien darauf zu achten, dass sie das Thema der Übersichtsstudie angemessen darstellen. Für die Literaturrecherche gibt Hasseler (ebd., 300) eine konkret strukturierte Vorgehensweise an.

- „Suchstrategie formulieren, Stichworte und Schlagworte formulieren, Rückgriff auf Thesauri
- Samplingstrategie/ -technik formulieren
- Hauptdenkschulen identifizieren
- Unterschiedliche Sichtweisen beachten, d.h. insbesondere auf negative oder nicht bestätigende Studien bzw. Ergebnisse achten
- In unterschiedlichen Disziplinen recherchieren, um möglichst unterschiedliche Perspektiven ... einzubeziehen
- Neben der Suche in elektronischen Datenbanken eine Handsuche durchführen
- Literaturrecherche, -sammlung bis Datensättigung erreicht ist“

Für die Zusammenfassung und Auswertung der Daten aus den Primärstudien stehen dann verschiedene, noch nicht ausgereifte Techniken und Methoden zur Verfügung (vgl. ebd., 300).

Die Regeln bezüglich des Vorgehens und die angewandte Methode beim Erstellen systematischer Übersichtsarbeiten sind also vom vorliegenden Ausgangsdatenmaterial abhängig. Meißners (vgl. 2008, 31) Ausgangsüberlegung für die Analyse der verschiedenen Begrifflichkeiten war, ob man auch nicht-wissenschaftliches Material in die Analyse miteinbeziehen kann. Hasseler (vgl. 2007, 297) beschäftigte sich allein mit qualitativen Daten als Ausgangsmaterial systematischer Übersichtsarbeiten. Im Zuge dieser Arbeit stellte sich die Frage, ob quantitative und qualitative Studien in eine systematische Übersichtsarbeit mit einbezogen werden können. Gibt es eine Möglichkeit, Daten, die vor dem Hintergrund der verschiedenen Paradigmen, dem qualitativen und quantitativen Paradigma, gewonnen wurden, auf eine Art und Weise zusammenzufassen, ohne dass die Ergebnisse der Primärstudien dadurch so verzerrt werden, dass in Folge die Ergebnisse der Übersichtsarbeit den Ansprüchen der Wissenschaftlichkeit nicht mehr genügt? Die Arbeiten von Meißner (2008) und Hasseler (2007) liefern hierzu keine eindeutige Antwort. Mit dieser Thematik befasste sich Slavin (1986).

Slavin (vgl. 1986, 5) analysierte die Vorgehensweise von traditionellen Reviews und Meta-Analysen aus dem Bereich der Bildungswissenschaft und entwickelte daraus die Best-Evidence Synthese.

Meta-Analyse ist ein Begriff für systematische Übersichtsstudien mit quantitativen Primärstudien. Traditionelle Reviews bezeichnen Übersichtsarbeiten, die verschiedenste Texte zusammenfassen und daraus neue Erkenntnisse gewinnen. Im Sinne von Meißner (2008), die explizit auf die bestehende Begriffsverwirrung in Bezug auf das Thema hingewiesen hat, sollen die Begriffe Meta-Analyse und traditioneller Review nicht weiter verwendet werden. Diese Darstellung erfolgt lediglich zum besseren Verständnis des wissenschaftlichen Diskurses, vor dem Slavin (1986) seine Methode entwickelt hat.

Ziel der Arbeit von Slavin (1986) war es, sowohl quantitative als auch qualitative Primärstudien in systematische Übersichtsarbeiten mit einbeziehen zu können (vgl. Harlen & Schlapp, 1998, 2). Im Kern seiner Methode stehen die Einschlusskriterien

bei der Studienauswahl, die konsistent, gut begründet und klar ausgewiesen sein müssen (vgl. Slavin, 1986, 6).

„The main idea behind this procedure, which I call "best-evidence synthesis," is to add to the traditional scholarly literatur review application of rational, systematic methods of selecting studies to be included and use of effect size (rather than statistical significance alone) as a common metric for treatment effects“ (ebd., 6).

Eine rationale, systematische Auswahl der Primärstudien und die Effektstärke (ein statistisches Maß, „wie stark ein beobachteter Effekt [zwischen zwei Variablen] ist“ (Bühner & Ziegler 2009, 173)) sind also zentrale Merkmale für die Auswahl von Primärstudien, die in die Übersichtsstudie mit einbezogen werden sollen. Die statistische Signifikanz der Ergebnisse einer Studie ist bei Einbeziehung quantitativer und qualitativer Studien nicht das alleinige Kriterium der Studienauswahl. Er stellte drei Kriterien für die Auswahl von Studien auf (vgl. ebd. 7).

1. Sie müssen zum Thema der Arbeit passen. Wird ein bestimmtes Phänomen untersucht, so muss in der Studie eine exakte Beschreibung dieses Phänomens und „was darunter verstanden wird“ erfolgen.
2. Die methodische Angemessenheit muss bewertet werden in Hinsicht auf die Reduzierung einer möglichen Voreingenommenheit.
3. Die externe Validität der Studienergebnisse erfährt in der kritischen Bewertung der Studien den gleichen Stellenwert wie die Bewertung der internen Validität.

Bei Bearbeitung der vorliegenden Forschungsfrage sollten von vornherein keine Ergebnisse ausgeschlossen werden. Als Orientierung dienten die von Hasseler (vgl. 2007, 298) angegebenen Richtlinien beim Erstellen von systematischen Übersichtsarbeiten mit quantitativen Primärstudien. Um jedoch gegebenenfalls qualitative Ergebnisse mit einzubeziehen, wurde, wie im folgenden Punkt beschrieben, vorgegangen.

## **2.2 Vorgehen**

Zu Beginn der Arbeit wurde die Forschungsfrage formuliert. Diese enthält zwei Begrifflichkeiten und hinterfragt den Zusammenhang zwischen diesen. Um diese Zusammenhänge nun im Zuge einer systematischen Übersichtsarbeit klären zu können, ist eine klare Beschreibung der beiden Begrifflichkeiten unabdinglich, da eine Literaturrecherche, im Sinne von Hasseler (vgl. 2007, 300) durchgeführt werden muss. Die Auswahl der Studien erfolgt dabei grundlegend nach den Kriterien von

Slavin (vgl. 1986, 7), der dabei den Fokus auf eine kritische Bewertung legt. Näher konkretisierte Kriterien für die kritische Bewertung von Studien beschreiben LoBiondo-Wood und Haber (vgl. 2005, 300). Sie werden den Kriterien von Slavin (1986) gerecht, bieten jedoch den Vorteil, dass sie unterschiedliche Kriterien für die kritische Bewertung quantitativer und qualitativer Studien angeben, weswegen die Bewertung nach diesen Kriterien durchgeführt wird. Durch die Beachtung der Kriterien von Slavin (1986) können sowohl quantitative als auch qualitative Ergebnisse in die Arbeit mit einfließen. Die Begriffe der Forschungsfrage, die einer näheren Beschreibung bedürfen sind: die „Attraktivität der stationären Langzeitpflege“ und „personenzentriertes Pflegeorganisationssystem“.

Der Begriff „personenzentriertes Pflegeorganisationssystem“ wird in dieser Arbeit synonym verwendet mit dem Begriff „personenzentriertes Pflegesystem“. Hinter diesen Begriffen stehen personenzentrierte Pflegekonzepte. „Ein Konzept ist ein Bild oder eine symbolische Repräsentation einer abstrakten Idee“ (LoBiondo-Wood & Haber, 2005, 179). Es gibt verschiedene personenzentrierte Pflegekonzepte. Wenn in dieser Arbeit der Begriff „personenzentriertes Pflegeorganisationssystem“ bzw. „personenzentriertes Pflegesystem“ verwendet wird, so ist damit die praktische Umsetzung der abstrakten Ideen gemeint, die „personenzentrierte Pflegekonzepte“ umfassen. Dabei ist der Begriff „personenzentrierte Pflegekonzepte“ als Überbegriff für Konzepte zu sehen, die starke Ähnlichkeiten aufweisen.

Ein eigenes Kapitel beschäftigt sich mit der näheren Betrachtung personenzentrierter Pflegekonzepte. Darin wird auf Philosophie dieser Konzepte eingegangen und verschiedene benannte Konzepte und ihre Ähnlichkeit zueinander dargestellt. Für die Begriffswahl bei der Literaturrecherche ist es wichtig, verschiedene Benennungen von Konzepten zu kennen, die unter dem Begriff personenzentrierte Pflegekonzepte zusammengefasst werden, und für die Auswahl der Studien ebenfalls. Ein- und Ausschlusskriterien sind im Kapitel Literaturrecherche beschrieben.

Bei der kritischen Bewertung der gefundenen Studien wird nochmals auf das in der jeweiligen Studie thematisierte Konzept bzw. die verwendete Begrifflichkeit eingegangen, um darzulegen, dass die Miteinbeziehung in die Auswertung gerechtfertigt war.

Auch der Begriff der Attraktivität bzw. der Attraktivität der stationären Langzeitpflege bedarf einer genaueren Betrachtung. Die stationäre Langzeitpflege, ihre Bedeutung

und welche Institutionen in dieser Arbeit damit konkret angesprochen werden, wurde schon in der Einleitung erläutert. Die Attraktivität dieses Bereichs soll im Hinblick auf die pflegerische Arbeit beschrieben werden. Hierzu wird zuerst eine systemische Betrachtung angestellt und die Rolle der verschiedenen Systemebenen, die auf die Attraktivität Einfluss haben, theoretisch aufgezeigt. Dem folgend wird die Ausgangslage bezüglich der Attraktivität der stationären Langzeitpflege in Österreich anhand von empirischen Daten dargestellt, wobei auch eine Bestimmung der Indikatoren, an denen die Attraktivität bemessen wird, und der Faktoren, die die Attraktivität beeinflussen, erfolgt.

Diese konkrete Benennung von Indikatoren und Faktoren ist wichtig für die Begriffswahl bei der Literaturrecherche, da diese so gezielter durchgeführt werden kann. Weiter erfährt sie Bedeutung beim Erstellen der Schlussfolgerungen, da die Auswirkungen von personenzentrierten Pflegekonzepten auf diese Faktoren, die die Attraktivität entscheidend mitbestimmen, ermöglicht werden. Anzumerken ist noch, dass in der Arbeit oftmals der Begriff „Attraktivität der pflegerischen Tätigkeit im Langzeitpflegebereich“ anstatt „Attraktivität der stationären Langzeitpflege“ genannt wird. Grundlegend gibt es natürlich einen Unterschied zwischen „Attraktivität der stationären Langzeitpflege“ und der „Attraktivität der pflegerischen Tätigkeit im Langzeitpflegebereich“. Eine systemische Betrachtung, wie sie im Kapitel fünf angestellt wird, verdeutlicht diese Unterschiede. Ansonsten gelten beide Bezeichnungen als synonym in dieser Arbeit.

Nachdem die Begrifflichkeiten der Forschungsfrage theoretisch beschrieben und die österreichische Situation der Attraktivität der stationären Langzeitpflege anhand empirischer Daten dargestellt wurde, erfolgt die Beantwortung der Forschungsfrage im Zuge einer systematischen Übersichtsarbeit. Es wird eine Literaturrecherche durchgeführt. Hierzu werden eine Suchstrategie und Begriffe sowie Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Dem folgend werden die ausgewählten Studien kritisch bewertet, die Ergebnisse der Einzelstudien übersichtlich dargestellt und in den Schlussfolgerungen und der Diskussion erfolgt die Beantwortung der Forschungsfrage.

Doch zunächst erfolgt eine arbeitssoziologische Betrachtung der Pflege. Diese Darstellungen von Merkmalen der pflegerischen Arbeit ermöglichen ein besseres Verständnis für die Bedeutung personenzentrierter Pflegekonzepte.

### **3 Dienstleistungsberuf Pflege – Theoretischer Hintergrund**

---

Dieses Kapitel stellt eine kurze arbeitssoziologische Auseinandersetzung mit dem Pflegeberuf und einigen seiner wichtigsten Merkmale dar, wobei ein spezieller Fokus auf den stationären Langzeitpflegebereich gelegt wird.

#### **3.1 Wesen des Dienstleistungsberufs Pflege**

Die pflegerische Arbeit stellt aus arbeitssoziologischer Sicht einen Dienstleistungsberuf dar (vgl. Bazlen & Kommerell, 2001, 12). Konkret handelt es sich bei der Pflege um einen personenbezogenen Dienstleistungsberuf (vgl. Remmers 2003, 312). Eine Dienstleistung ist eine Tätigkeit, die auf Nachfrage eines Konsumenten von Anbietern zur Verfügung gestellt wird (vgl. Bauer 2001, 208). Im Fall der pflegerischen Dienstleistungen sind die Anbieter die Pflegenden bzw. Einrichtungen, die die Pflege organisieren, Konsumenten sind die PatientInnen, die auf Grund von Krankheit und/oder Beeinträchtigungen besondere Bedürfnisse aufweisen.

Im Zentrum der pflegerischen Arbeit in der stationären Langzeitpflege steht somit die/der PatientIn. Seiner Versorgung kommt vorrangige Bedeutung zu und sie ist an individuellen Bedürfnissen ausgerichtet. Durch die Zunahme chronischer Erkrankungen bei Patienten in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen umfasst die pflegerische Versorgung immer komplexere Unterstützungsleistungen, die immer mehr Zeit und Geduld erfordern (vgl. Mayr & Lehner, 2009, 16-19). Um diese komplexen Unterstützungsleistungen im Sinne des Wohlergehens der PatientInnen gewährleisten zu können, bedarf es einer guten Ausbildung. Pflege wird deswegen auch als professionelle Dienstleistung bezeichnet, da die Ausübung des Pflegeberufs an eine bestimmte berufsspezifische Ausbildung gekoppelt ist (vgl. Bauer, 2001, 21). Diese Einteilung darf jedoch nicht verwechselt werden mit der Einteilung von Pflege als Profession. Die Pflege kann als Profession betrachtet werden, jedoch ist eine Professionalisierung in der stationären Langzeitpflege in Österreich noch nicht gegeben, wie Falkenstein (vgl. 2001, zit.n. Jenull et al., 2008, 16) feststellt. Auch erfüllt die Pflege noch nicht alle Kriterien, die eine Profession haben muss. So gibt es in Österreich noch keine der Pflege eigene Aufsichtsinstanz, so wie es zum Beispiel bei den ÄrztInnen eine Ärztekammer gibt, die Regeln und Standards erlässt und

diese auch überprüft (Kämmer & Schröder 1998, 43). Auch gibt es Bestrebungen, die Ausbildung der Pflege auf ein höheres Niveau zu heben und somit dem Beruf zu mehr Ansehen zu verhelfen. Das Kapitel 6.2.7 setzt sich näher mit dem Thema Profession und diesen Bemühungen auseinander.

Ein weiteres Merkmal des Dienstleistungsberufs Pflege ist, dass der Konsum der Dienstleistung zeitlich und örtlich gebunden ist (vgl. Bauer, 2001, 210). Im Fall der stationären Langzeitpflege ist der Ort des Konsums das Pflegeheim. Zeitlich muss die pflegerische Dienstleistung im Pflegeheim während des gesamten Aufenthalts der betreuten Person und 24 Stunden pro Tag gesichert sein.

Die Rolle der Pflegenden als Dienstleistungsgeber ist zudem „bestimmt durch die Erwartungen der Kunden, des Arbeitgebers [und] das Verhalten der Kollegen, sowohl in Bezug auf Arbeitgeber wie Kunden“ (Bauer, 2001, 211). Durch diese verschiedenen Erwartungen, denen Pflegende gerecht werden sollen, die jedoch gelegentlich in starkem Widerspruch zueinander stehen, kommt es zu zusätzlichen Belastungen für Pflegende in Form eines Intra-Rollenkonflikts. So steht, um ein Beispiel zu nennen, für die Pflegenden die Erwartung des Arbeitgebers, eine möglichst große Anzahl von PatientInnen zu betreuen (aus Kostengründen, da so weniger Personal angestellt werden muss) im starken Widerspruch zu den Erwartungen der PatientInnen, dass möglichst viel Zeit in ihre Pflege und Betreuung investiert wird (vgl. ebd., 211).

Betrachtet man die verschiedenen Interessensgruppen, denen Pflegende gerecht werden sollen, bedarf es ständiger Kommunikation bzw. Interaktion, denn eine Dienstleistung kann „nur in der Interaktion ... anwesender Personen erfolgen“. (Dunkel & Voß, 2004, 11) Interaktion stellt das Kernelement der Dienstleistungsarbeit im Bereich der stationären Langzeitpflege dar (vgl. Glaser et al., 2008, 66). Eine Interaktion bedeutet eine Wechselbeziehung zwischen Handlungspartnern (Duden.de, 2012a). Das bedeutet, dass Pflege einen Beziehungsaspekt aufweist, der einer näheren Darstellung aufgrund seiner Bedeutung für das Thema dieser Arbeit bedarf.

### **3.2 Der Beziehungsaspekt in der Pflege**

Remmers (vgl. 2003, 22) kommt in seiner Untersuchung zu dem Schluss, dass der Beziehungsprozess zwischen PatientIn und Pflegeperson den eigentlichen Kern der



Pflegearbeit ausmacht. Da Beziehung ohne Interaktion nicht zustande kommen kann, liegt hier kein Widerspruch zu Glaser et al (vgl. 2008, 66) vor. Die Bedeutung des Beziehungsaspekts für die pflegerische Arbeit ergibt sich auch aus dem Inhalt vieler Pflege-theorien, bei denen die Beziehung im Mittelpunkt steht oder ihr zumindest eine große Bedeutung zugeschrieben wird. Hierzu zählen z.B. die Theorien von Peplau 1995 und Travelbee 1971 (vgl. Pohlmann, 2005, 22). In der Theorie beschreiben Fiechter und Meier Sinn und Zweck einer guten Beziehung mit folgenden Worten:

„Eine gute Beziehung ... schafft eine vertrauensvolle Atmosphäre, die das Wohlbefinden der Patienten fördert und zum Abbau von Unsicherheit und Stress beiträgt. Dadurch ergibt sich eine therapeutische Wirkung, da Kräfte für die Genesung freigesetzt werden. Der Patient fühlt sich als Mensch ernst genommen, akzeptiert, erlebt menschliche Wärme und kann sich selbst an der Planung der Pflege beteiligen. Auch die Pflegenden profitieren von dieser Beziehung, denn sie erhält wichtige Informationen, fühlt sich ebenfalls akzeptiert und kann auf die Mitarbeit des Patienten zählen“ (Fiechter & Meier, 1993, 32, zit. n. Pohlmann 2005, 32).

Dieses Zitat zeigt schon sehr gut, welche verschiedenen Aspekte die Beziehung zwischen Pflegenden und PatientInnen aufweist, und gibt einen Hinweis darauf, dass sie von großer Bedeutung für beide Seiten ist. Näher mit diesen Aspekten beschäftigte sich Pohlmann (2005). Er beschreibt theoretische Erwartungen in Bezug auf die Beziehung zwischen PatientIn und Pflegenden und unterteilt sie in drei verschiedene Aspekte (vgl. ebd., 23-28)

#### 1. Persönliche, zwischenmenschliche Beziehung

Die Theorien von Trevelbee (1971) und Peplau (1995) betonen diesen Aspekt der Beziehung zwischen PatientIn und Pflegeperson. Er hebt die Individualität sowohl der Patientin/des Patienten als auch der Pflegenden hervor und betont die Bedeutung von Empathie und Sympathie in der Beziehung. Dieser Aspekt beschreibt die Grundhaltung der Pflegenden gegenüber der Patientin/dem Patienten.

#### 2. Kongruente Beziehung

Diese Betrachtungsweise von Beziehung stellt die gemeinsame Zielsetzung zwischen Pflegenden und PatientIn in den Vordergrund. Die Konstruktivität der Beziehung wird betont und als Voraussetzung für die Erreichung der Ziele bzw.

die Lösung von Problemen angesehen. Es wird somit das Verhältnis zwischen PatientIn und Pflegenden fokussiert.

### 3. Heilende Beziehung

Dieser Aspekt beschreibt die direkten Auswirkungen einer Beziehung auf die Patientin/den Patienten. Die theoretische Annahme ist, dass eine gute Beziehung positive Wirkung auf gesundheitliche Probleme des Patienten hat. Dieser Aspekt betont somit die positive Wirkung einer guten Beziehung an sich.

Die Beziehung zwischen Pflegenden und PatientInnen weist also viele Aspekte auf, die für die gesamte Pflegearbeit von Bedeutung sind. So trägt der persönliche, zwischenmenschliche Aspekt dazu bei, dass die Pflegende über „Wissen und die Fähigkeit, den Patienten in seiner Einzigartigkeit wahrzunehmen“ (Pohlmann, 2005, 23) angemessener auf die Patientin/den Patienten eingehen kann. Der kongruente Aspekt trägt „zum Abbau von Unsicherheit und Stress“ (ebd., 25) bei und der heilende Aspekt „setzt innere und äußere Ressourcen des Patienten frei und gibt ihm Kraft, indem sie seine Hoffnung, seine Zuversicht und sein Vertrauen stärkt“ (Benner, 1994, 208; zit. n. Pohlmann, 2005, 27). Alle diese Aspekte weisen auf die Bedeutung der Wahrnehmung der Patientin/des Patienten als Mensch mit individuellen Bedürfnissen und der Anerkennung dieser Individualität hin.

Beziehungen unterliegen bei längerfristiger Zeitdauer einem Prozess der Veränderung. In jeder Phase dieses Prozesses gehen intensive Interpretationen von beiden Seiten (Pflegenden und PatientIn) vor sich, die das weitere Verhalten bestimmen (vgl. Bauer, 2001, 212-213). Glaser et al. (vgl. 2008, 66) verweisen auf die Bedeutung des Interaktionsprozesses in der komplexen Beziehung zwischen Pflegendem und PatientIn (vgl. Pohlmann, 2005, 66). Von Sicht einer Patientin/eines Patienten aus muss bedacht werden, dass die/der einzelne PatientIn mit mehr oder weniger häufig wechselnden Personen diesen Prozess durchläuft (vgl. Bauer, 2001, 212-213).

Dieses Problem greifen personenzentrierte Pflegekonzepte auf. Die Hinwendung der Aufmerksamkeit auf die Patientin/den Patienten und seine Bedürfnisse war Ausgangspunkt für einen Humanisierungsprozess der Pflege, der unter anderem die Entwicklung personenzentrierter Pflegekonzepte zur Folge hatte (vgl. Kozon et al., 2000, 12), mit denen sich das nächste Kapitel näher auseinandersetzt.

## **4 Personenzentrierte Pflege – Theoretischer Hintergrund**

---

Personenzentrierte Pflege geht auf die von Carl Rogers (1961) entwickelte klientenzentrierte Beratung zurück (vgl. Brooker, 2008, 19). Eingang in den Bereich der Pflege fand der Begriff in den USA in den 1960er Jahren. Diese Zeit war von der Technisierung der Pflege geprägt und der Mensch trat immer mehr in den Hintergrund. Als Reaktion darauf setzte ein Humanisierungsprozess ein, der die Patientin/den Patienten wieder in den Mittelpunkt des pflegerischen Handelns stellen sollte, und aus diesem Humanisierungsprozess heraus entstand das personenzentrierte Pflegekonzept (vgl. Kozon et al., 2000, 12). Eine klare und einfache Definition kann jedoch nicht aufgestellt werden, wie Brooker (vgl. 2008, 17-18) aus Gesprächen mit Praktikern, ForscherInnen und PatientInnen in Großbritannien schließen musste. Zu unterschiedlich sind die Interpretationen, abhängig von der eigenen Erlebniswelt und persönlichen Erfahrungen und Sichtweisen. So werden von manchen mehr die dahinterstehenden Werte hervorgehoben, andere wiederum verstehen unter personenzentrierter Pflege eine Zusammenstellung von Methoden und Herangehensweisen. Ein weiteres Problem stellt zudem die Transformation des Begriffs in die deutsche Sprache dar.

### **4.1 Begriffsbestimmung**

Kozon et al. (vgl. ebd., 11) verweisen auf die Begriffsentwicklung der 1990er Jahre im deutschsprachigen Raum, wo eine große Anzahl von Begriffen in verschiedensten Publikationen auftraten, die teilweise synonym verwendet wurden oder zumindest ähnliche Konzepte meinten. Zu diesen gehörten unter anderem individuelle Pflege, ganzheitliche Pflege, Bezugspflege (vgl. ebd. 11-12) und Primärpflege (vgl. Miller, 1988, 94), um nur einige zu nennen. Im Englischen scheint es ebenso eine Begriffsvielfalt für ähnliche Konzepte zu geben. So werden in den später analysierten Studien die Begriffe resident-oriented care (Berkhout et al., 2004, 622), individualised care (Suhonen et al., 2012, 2), person-centred nursing (McCormack et al., 2010, 94) und Primary Nursing (Laakso & Routasalo, 2001, 476; Thomas, 1992, 373) zur Beschreibung von Konzepten verwendet, die Grundlegendes gemeinsam haben. Seidl stellt eine nähere Differenzierung der Hintergründe der Begriffe patientenorientierte Pflege, umfassende Pflege und individuelle Pflege an (vgl. Seidl,

1991, 160). Grundlegend basieren die Unterschiede auf dem philosophischen Hintergrund, die hinter den einzelnen Begriffen liegen, aber all diese Begriffe haben gemeinsam, dass sie Konzepte beschreiben, die den betreuungsbedürftigen Menschen als Ganzes in den Fokus der Pflege rücken. Dies soll zur „Überwindung des zu sehr naturwissenschaftlich ausgerichteten, krankheitsorientierten Denkens und Pflagens“ (Kozon et al., 2000, 11) führen.

Kozon et al. (2000) beschäftigten sich in ihrer Arbeit mit dem Einsatz des patientenorientierten Pflegekonzepts im Ambulanzbereich eines österreichischen Krankenhauses.

Patientenorientierte Pflege ist „ein Konzept, in dem die Pflegehandlungen von den erkannten Interessen, Bedürfnissen und Ressourcen des Patienten ausgehen“ (Kozon et al., ebd., 12).

Diese Definition benennt die zentralen Punkte personenzentrierter Pflegekonzepte. Für die vorliegende Arbeit erscheint lediglich der Begriff personenzentrierte Pflege eher angemessen. „Der Begriff Person ... bezeichnet einen bestimmten Menschen in allen seinen Aspekten, insbesondere auch die neben der Körperlichkeit“ (Pflegewiki 1.7.2012). Er scheint somit weniger der somatisch- mechanistischen Auffassung von Krankheit, wie sie von der Medizin geprägt wurde, verbunden. Auch scheint eine größere Nähe zu der Definition von Kozon et al. (vgl. 2000, 12) zu bestehen.

## **4.2 Primary Nursing, Bezugspflege**

Im Mittelpunkt des Primary Nursing Konzepts steht die Patientin/der Patient und ihre/seine Versorgung auf höchstem Niveau (vgl. Manthey et al., 1970, zit. n. Mischo-Kelling & Schütz-Pazzini, 2007, 54). Da es sich jedoch auch konkrete Kriterien für die Umsetzung in der Pflegepraxis vorgibt, soll es an dieser Stelle eine eigene Darstellung erfahren.

Das Primary Nursing Konzept wurde von Marie Manthey und MitarbeiterInnen in den 1960er Jahren entwickelt. Manthey et al. (1970) entwickelte das System weiter und bezeichnete es „als ein auf Beziehungen gründendes, ressourcenorientiertes Versorgungssystem“ (ebd., zit. n. Mischo-Kelling & Schütz-Pazzini, 2007, 54).

Marram et al. (1976) definierten Primary Nursing folgendermaßen:

„Primary Nursing ist die Durchführung von umfassender, kontinuierlicher, koordinierter und individualisierter Pflege durch die Primary Nurse, die über die Autonomie, Rechenschaftspflicht und die Autorität verfügt, als verantwortliche Pflegeperson für ihre Patienten zu handeln“ (Marram et al., 1976, zit. n. Ersser & Tutton, 2000, 5).

Grundgedanke dahinter ist, dass jeder Patientin/jedem Patienten eine voll ausgebildete Pflegeperson als Primary Nurse bei der Aufnahme in eine Einrichtung der Gesundheitsversorgung zugeteilt wird. Diese ist dann von der Aufnahme der pflegebedürftigen Person bis zum Ende des Aufenthalts für jede pflegerische Tätigkeit und die Koordination der Versorgung, die diese Person erfährt, zuständig (vgl. Stuhl, 2006, 19). Daher stellt Manthey (1970) auch klar, dass die Arbeit als Pflegeperson im Primary Nursing System „gewisse Eigenschaften und klinische Kompetenzen“ (ebd., zit. n. Mischo-Kelling & Schütz-Pazzini, 2007, 54) erfordert.

Nach Manthey (2005, 61) baut Primary Nursing auf vier Grundelementen auf.

1. „Übertragung der persönlichen Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen auf eine Person und deren Akzeptanz durch diese Person
2. Tägliche Arbeitszuweisung nach der Fallmethode
3. Direkte Kommunikation von Mensch zu Mensch
4. Übernahme der Verantwortung für die Qualität der für eine Patientin/einen Patienten erbrachten Pflege durch eine Person, und zwar 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche“

Rogner (2009) konkretisierte in Anlehnung an Ersser und Tutton (2000) die vier Grundelemente von Manthey (2005) und verwendet den Begriff Kernelemente (vgl. Rogner, 2009, 14-18).

1. Verantwortung
2. Kontinuität
3. Direkte Kommunikation
4. Pflegeplanender ist Pflegedurchführender

Durch sie werden die vier Grundelemente nach Manthey (vgl. 2005, 61) repräsentiert.

Andere Autoren haben diese Grundelemente noch erweitert, so zum Beispiel Watts und O’Leary (1980, zit. n. Bond et al., 1991, 37) mit der Aufstellung der „Five As and five Cs“.

<b>Five As</b>	<b>Five Cs</b>
Accountability (Verantwortlichkeit)	Collaboration (Zusammenarbeit)
Advocacy (Interessensvertretung)	Continuity (Kontinuität)
Assertiveness (Durchsetzungsvermögen)	Communication (Kommunikation)
Authority (Autorität)	Commitment (Verpflichtung)
Autonomy (Autonomy)	Co-ordination (Koordinierung)

Der Aufgabenbereich einer Primary Nurse – wie die Betrachtung der vier Grundelemente vermuten lässt – umfasst ein weites Spektrum an Tätigkeiten (vgl. Stuhl, 2006, 22).

- Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Durchführung pflegerischer Maßnahmen, Evaluation dieser
- Koordination der gesamten den Bewohner betreffenden Versorgung, das heißt auch Maßnahmen aus dem Bereich Therapie und Freizeit
- Kommunikation mit dem Bewohner, dessen Angehörigen, sowie allen an der medizinischen und pflegerischen Behandlung beteiligten Personen

Mit dieser erheblichen Erweiterung des Aufgabenbereichs der Pflegeperson ist natürlich auch eine Ausweitung der Verantwortungspflicht verbunden. „Primary Nursing ist das einzige Pflegesystem, in dem Verantwortung klar zugeteilt ist“ (ebd., 21). Die Primary Nurse ist für jede der in ihrem Aufgabenbereich liegenden Tätigkeit verantwortlich und auch rechenschaftspflichtig. Um diese Verantwortung überhaupt übernehmen zu können, ist es zum einen notwendig, „entsprechend ausgebildet und befähigt“ (Rogner, 2009, 19) zu sein, zum anderen muss der Primary Nurse ein gewisser Grad an Autonomie und Entscheidungsfreiheit gesetzlich zugesprochen werden, sowie „das Verfügen über berufliche und interpersonale Kompetenz“ (Stuhl, 2006, 21).

Bezugspflege kann als deutsches Pendant zu Primary Nursing verstanden werden (vgl. Rogner, 2009, 8). Schlettig und von der Heide (1995) definierten Bezugspflege wie im folgenden Zitat ausgedrückt.

„Jeder Patient hat eine für ihn zuständige Pflegende“. – Das ist der zentrale Ausgangspunkt der Bezugspflege. Die kontinuierliche Zuständigkeit besteht von der Aufnahme des Patienten bis zu seiner Entlassung ... Mit der Übernahme eines Bezugspatienten ist die volle Verantwortung für den gesamten Pflegeverlauf mit

der Pflegeplanung, Durchführung der Pflegemaßnahmen und –dokumentation verbunden“ (Schlettig & von der Heide, 1995, 10).

Sie führen auch noch an, dass durch Überwindung der Anonymität der Pflegenden individuelle Pflege erst ermöglicht wird. Für Pflegende ist es dadurch erst möglich, die Belastbarkeit der betreuten Person abzuschätzen. Durch das vollumfängliche Wissen über die Person, über Probleme, Diagnosen, Prognosen, Gewohnheiten, Anliegen und Ressourcen sind Rahmenbedingungen gegeben, die bestmögliche Pflege zu gewährleisten. Auch verweisen sie auf die Bedeutung der Beziehung in der Pflege (vgl. ebd., 11).

Personenzentrierte Pflegekonzepte stellen die Patientin/den Patienten und seine Individualität in den Mittelpunkt des pflegerischen Handelns. Sie bauen grundlegend auf die Bedeutung der Beziehung in der Pflege auf, wie im vorigen Kapitel dargestellt. Auch ist ersichtlich, dass es verschiedene Begrifflichkeiten für inhaltlich sehr ähnlich Konzepte gibt, die alle die Individualität der Patientin/des Patienten als Menschen als Kernelement haben. Dieses Kapitel war Teil der theoretischen Auseinandersetzung mit einem wichtigen Begriff der Forschungsfrage. Im nächsten Kapitel wird eine genauere Betrachtung eines weiteren entscheidenden Begriffs der Forschungsfrage angestellt. Es wird die Attraktivität eines Berufsfeldes thematisiert.

## **5 Attraktivität eines Berufsfeldes – Theoretischer Hintergrund**

---

„Attraktivität ist ein weitreichender und vielschichtiger Begriff“ (Sponsel, 2005). Dieses Kapitel stellt eine theoretische Auseinandersetzung mit der deutschsprachigen Bedeutung des Begriffs Attraktivität dar und geht in weiterer Folge auf die Attraktivität der stationären Langzeitpflege ein. Dazu wird eine systemische Betrachtung nach Bronfenbrenner (1979) angestellt. Ziel dieses Kapitels ist es, verschiedene Einflussebenen, welche die Attraktivität des Pflegeberufs beeinflussen, strukturiert darzustellen. Einflüsse, die aus der Pflegearbeit an sich hervorgehen, sind aus der bereits angestellten Betrachtung der Pflege als Dienstleistungsberuf zu erkennen. In diesem Kapitel werden zudem Einflüsse auf die Attraktivität durch die bestehenden Rahmenbedingungen, unter denen die Arbeit ausgeführt wird, ersichtlich. Je nach Systemebene werden somit arbeitspsychologische, institutionelle und gesellschaftliche Einflüsse, denen Pflegende im stationären Langzeitpflegebereich ausgesetzt sind, aufgezeigt.

In der Brockhaus Enzyklopädie finden sich für das Wort „attraktiv“ folgende Bedeutungen: „einen starken Anreiz bietend, verlockend, begehrenswert, erstrebenswert“ (Brockhaus, 2006, 663). Meyers Enzyklopädisches Lexikon (1973, 898) schreibt dem Begriff „attraktiv“ die Bedeutung „anziehend ...“ zu. In beiden Lexika ist das Nomen „Attraktivität“ nicht zu finden. Dem Wissen.de - Onlinelexikon zufolge bedeutet Attraktivität „Anziehungskraft“ (Wissen.de, 2009).

Der Beruf der Pflege ist in ein komplexes Versorgungssystem eingebettet (vgl. Glaser et al., 2008, 119; Bartholomeyczik, 2003, 78). Dieses komplexe Versorgungssystem kann in drei Systeme eingeteilt werden, wobei jedoch zu beachten ist, dass eine klare Abgrenzung dieser Systeme untereinander nicht gegeben ist, da sie sich gegenseitig beeinflussen:

„Das innerste oder Basissystem ist das Mikrosystem, in dem die sich entwickelnde Person direkt beeinflusst wird. Die Beziehungen und Vernetzungen zwischen den verschiedenen Mikrosystemen nennt er Mesosystem. ... Das Makrosystem schließlich ist der Überbau an Ideologie und Organisation sozialer Institutionen, die zwischen verschiedenen Kulturen unterscheidet“ (Bronfenbrenner, 1979, zit. n. Bartholomeyczik, 2000, 73-74).



Inhaltlich entspricht diese Einteilung den drei Bereichen Praxis, Organisation und Politik (vgl. Robert Bosch Stiftung, 1996, zit. n. Bartholomeyczik, 2000, 74). Legt man diese Einteilung auf den stationären Langzeitpflegebereich um, so muss der Einfluss jeder Ebene auf die Attraktivität des Pflegeberufs hinterfragt werden.

Zum einen ist von Bedeutung, wodurch die praktische Arbeit bzw. die Arbeitstätigkeit an sich für Pflegende attraktiv wird (Mirkosystem). Da die Arbeitstätigkeit im Fall der stationären Langzeitpflege im Kontext einer Institution ausgeübt wird, stellt sich die Frage, ob bzw. welche institutionellen Rahmenbedingungen sich auf die Attraktivität der Pflege auswirken (Mesoebene). Und es stellt sich die Frage, ob bzw. welchen politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen die Pflege im stationären Langzeitpflegebereich unterliegt und welchen Einfluss diese auf die Attraktivität haben (Makrosystem). Diese Fragen werden in den folgenden Unterkapiteln beantwortet.

## **5.1 Attraktivität einer Arbeitstätigkeit (Mikroebene)**

Damit eine Arbeitstätigkeit als attraktiv empfunden werden kann, muss sie eine „gewisse geistige Herausforderung an den Arbeitenden stellen“ (Locke, 1973, zit.n. Bruggemann et al., 1975, 67).

Diese These wird von Bruggemann et al. (vgl. 1975, 67-69) weiter konkretisiert.

- Die Arbeitstätigkeit muss die Möglichkeit bieten, eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten einzusetzen (dies führt zu erhöhter Arbeitszufriedenheit).
- Die Arbeitstätigkeit darf keinen zu niedrigen aber auch keinen zu hohen Komplexitätsgrad besitzen (monotone, eintönige Arbeit wird als Belastung empfunden, zu komplexe Arbeitsaufgaben führen zu Überlastung und Frustration).
- Es muss ein gewisser Entscheidungs- und Kontrollspielraum gegeben sein, der es der ausführenden Person ermöglicht, Entscheidungen mitzugestalten und Verantwortung zu übernehmen.

Diese Konkretisierungen basieren auf einer Reihe von Theorien zur Arbeitsmotivation. Die meisten davon argumentieren das Zustandekommen von Zufriedenheit mit einer Arbeitstätigkeit direkt oder indirekt mit einem gewissen Grad an erreichter Bedürfnisbefriedigung.

In der Arbeitspsychologie orientiert sich die Analyse von Arbeitstätigkeiten an psychologischen Handlungstheorien bzw. den Grundmerkmalen menschlichen Handelns, welche unter dem Begriff der Humanisierungsziele zusammengefasst werden. Eine Beschreibung der Humanisierungsziele findet sich bei Dunckel (1996, 127, zit.n. Frieling & Sonntag, 1999, 276).

„Arbeitsaufgaben, welche die Besonderheiten und Stärken des Menschen berücksichtigen, müssen:

- einen großen Entscheidungsspielraum beinhalten,
- einen angemessenen zeitlichen Spielraum haben,
- durchschaubar und gemäß eigener Ziele gestaltbar und
- frei von organisatorisch oder technisch bedingten Behinderungen (Belastungen) sein,
- ausreichend körperliche Aktivität sowie
- einen konkreten Kontakt zu materiellen und sozialen Bedingungen des Arbeitshandelns und damit die Beanspruchung vielfältiger Sinnesqualitäten ermöglichen;
- darüber hinaus Variationsmöglichkeiten bei der Erledigung der Arbeitsaufgaben und
- Möglichkeiten arbeitsbezogener Kommunikation und unmittelbarer zwischenmenschlicher Kontakte bieten“

Eine auf konkrete Begriffe abstrahierte Beschreibung der Humanisierungsziele liefert Neuberger (1985, zit.n. Frieling & Sonntag, 1999, 277).

1. „Würde: Selbstachtung, Selbstwert, Identität
2. Sinn: Nutzen für andere; Existenzielle Bedeutsamkeit der Tätigkeit; Ganzheitlichkeit der Tätigkeit; Ethos, Dienst, Verantwortung übertragen
3. Gerechtigkeit: Fairness, Chancengleichheit, Nicht-diskriminierung (sic!)
4. Sicherheit: Risiko versus Rigidität und Verplanung, Schutz, Absicherung, Vorsorge, Planbarkeit, Kontinuität
5. Orientierung: Reizarmut versus Reizüberflutung, Information, Rückmeldung, Überblick, Struktur, Ordnung
6. Gesundheit: Körperliche und seelische Unversehrtheit, Wohlbefinden
7. Autonomie: Selbst- und Mitbestimmung, Entscheidungsfreiheit, Wahlmöglichkeiten, Subjekt- nicht Objekt sein
8. Kontakt: Isoliertheit versus Ausgeliefertsein, Hilfe, Zugehörigkeit, Solidarität, Nähe, Wärme, akzeptiert werden
9. Privatheit: Isolierung versus Öffentlichkeit
10. Entfaltung: Stillstand versus Überforderung; Abbau/Aufbau von Fähigkeiten, Fähigkeitseinsatz, Selbstverwirklichung, Lernen, Höherentwicklung, Vielseitigkeit, allseitige Entwicklung
11. Abwechslung: Monotonie, Reizarmut, Chaos, Überflutung, Variationen, Kreativität, neue Erfahrungen
12. Aktivität/Leistung: Stillstand versus Hektik, Bestätigungsmöglichkeiten, Erfolgserlebnisse, Selbstbestätigung

13. Konfliktregelung: Harmonie versus Spannung, Streit, Vertrauen, Verständnis, Offenheit, Konkurrenz, Rivalität
14. Anerkennung: Bestätigung, Erfolgserlebnisse, Auszeichnung, Status, Prestige, Aufwertung
15. Schönheit: Ästhetik, sich Wohlfühlen“

Eine Erfüllung dieser Humanisierungsziele führt also nach den Ausführungen von Bruggemann et al. (vgl. 1975, 67.69) dazu, dass eine Arbeitstätigkeit als attraktiv empfunden wird. Betrachtet man diese beiden Aufzählungen, wird ersichtlich, dass viele dieser Humanisierungsziele von den Rahmenbedingungen bzw. Umgebungsbedingungen, unter denen die Arbeit ausgeführt wird, abhängig sind. Diese werden durch die übergeordneten Systeme bzw. die auf diesen Ebenen agierenden Personen bestimmt.

Als nächstes wird die Rolle des Arbeitgebers (Mesoebene) bzw. der Institution, in der die Pflegearbeit verrichtet wird, und deren Einfluss auf die Attraktivität thematisiert. Pflegeheime sind Institutionen der stationären Langzeitpflege in Österreich, auf die in dieser Arbeit Bezug genommen wird.

## **5.2 Einflüsse institutioneller Rahmenbedingungen auf die Attraktivität (Mesoebene)**

Rahmenbedingungen im Sinne einer Attraktivitätssteigerung zu beeinflussen obliegt der jeweiligen Institutionsleitung bzw. der Pflegedienstleitung. Orientierung bieten hier die eben genannten Humanisierungsziele. Die Grenzen des Gestaltungsspielraums liegen in gesetzlichen Gegebenheiten und finanzieller Ausstattung.

Es ist die Aufgabe der Institutionsleitungen der stationären Langzeitpflege im Rahmen der gesetzlichen Gegebenheiten:

- die räumliche Arbeitsumgebung zu gestalten (vgl. Frieling & Sonntag, 1999, 287-289)
- den Arbeitsplatz (z.B. Licht, Lärm, Schadstoffbelastung etc) zu gestalten (vgl. ebd., 315-317)
- geeignete und moderne Arbeitsmittel zur Verfügung zu stellen (vgl. ebd., 326)
- die zeitlichen und organisatorischen Bedingungen der Arbeit im Rahmen der Gesetze (Anm.: maximale Arbeitszeit pro Woche etc.) zu gestalten (vgl. ebd., 381-384)

- im Rahmen der Gesetze die Entgeltsysteme und -formen zu gestalten (vgl. ebd., 401)
- und die Aufbau- und Ablauforganisation innerhalb der Institution zu organisieren (vgl. ebd., 412; vgl. Kämmer 2008, 101)

Die Ziele der Institutionsleitung in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege konzentrieren sich dabei zum einen auf das wirtschaftliche Weiterbestehen der Institution. Zum anderen muss jedoch sichergestellt sein, dass der Pflege- und Begleitungsauftrag (vgl. Kämmer, 2008, 210) erfüllt wird.

Nach der Beschreibung von Kämmer (vgl. ebd, 210) ist die Pflegedienstleitung für das Personalmanagement und die Gestaltung von Arbeitsabläufen im Pflegebereich zuständig. Hierzu zählen

- das Führen des Pflegepersonals („Führen ist eine Tätigkeit, die auf Steuerung und Gestaltung des Handelns mitwirkender Personen abzielt“ (ebd., 209).)
- die Steuerung der Pflege (Definition der Gestaltung des Pflegeprozesses und des Alltags; Unterstützung, Förderung und Kontrolle der Umsetzung)
- die Konzeptentwicklung
- die Auswahl und Bereitstellung von Dokumentations- und Planungshilfen und Kontrolle der korrekten Anwendung dieser
- die Definition von Art und Umfang der Mitarbeit bei ärztlichen Handlungen (Diagnostik und Therapie)
- das Übernehmen der Verantwortung für Kommunikation und Kooperation

Je nach Institution und vorherrschender Organisations- und Führungskultur ist es schwer, eindeutige Grenzen zwischen Aufgaben von Institutions- und Pflegedienstleitung zu ziehen. Im Sinne der Attraktivitätssteigerung der Institution, sowohl um bereits Angestellte zu halten als auch, um in Zukunft neue MitarbeiterInnen für den Pflegebereich gewinnen zu können, haben jedoch Personen in Leitungspositionen eine Verantwortung. Insbesondere geht es dabei darum, „ein geistiges Klima des Lernens in einer kommunikationsfreundlichen Kultur zu fördern“ (Kämmer, 2008, 209). So sollten die Arbeitstätigkeiten weniger monoton als mehr lernförderlich gestaltet, einseitige Belastungen reduziert und die Arbeitnehmer nicht als Mittel zum Zweck gebraucht werden (vgl. Frieling & Sonntag, 1999, 267). Es gilt Rahmenbedingungen zu schaffen, dass die Arbeitstätigkeit „die Persönlichkeit des

Einzelnen [fördert], seine Kompetenzen erweitert und gesundheitliche Beeinträchtigungen weitgehend vermieden werden“ (ebd, 268).

Die Pflege und Betreuung bedürftiger Menschen in Pflegeheimen unterliegt gewissen Gesetzen. Um den Pflegeberuf ausüben zu dürfen, muss man eine Ausbildung absolvieren, die ebenfalls bestimmten Gesetzen unterliegt. Auch gibt es gesetzliche Arbeitszeitregelungen. All dies kann weder von Pflegenden in der direkten Pflege (Mikroebene) oder den Personen in Leitungspositionen von Pflegeheimen (Mesoebene) bestimmt werden. Jedoch bilden diese Faktoren Rahmenbedingungen, die ebenfalls Einfluss auf die Attraktivität des Pflegeberufs haben. Daher wird im Folgenden die Rolle der Makroebene thematisiert.

### **5.3 Gesetzliche Einflüsse auf die Attraktivität (Makroebene)**

Die Makroebene stellt inhaltlich die politische Ebene dar (vgl. Robert Bosch Stiftung, 1996, zit.n. Bartholomeyczik, 2000, 74). Das bedeutet, Entscheidungen, die in den Aufgabenbereich der Politik fallen, haben Einfluss auf die Attraktivität des Pflegeberufs (Anm.: und natürlich auch anderer Berufe). Spielt bei Entscheidungen auf dieser Ebene die Attraktivität eines Berufs eine Rolle, ist wieder zu berücksichtigen, dass auf die Humanisierungsziele eingegangen wird.

Die Politik legt über Gesetze Rahmenbedingungen für die Arbeit im Pflegebereich und die Berechtigung zur Arbeit (Ausbildung) fest. Auch die Finanzierung der Pflege unterliegt dem Einfluss der Politik. In Österreich wird an Pflegebedürftige, je nach Betreuungsbedarf, Pflegegeld ausbezahlt, welches aus dem Topf der Sozialversicherungen bezahlt wird und eine staatliche Versicherungsleistung darstellt (vgl. WKO, 2012). Die Aushandlung der Kollektivvertragslöhne erfolgt zwischen Politik und Sozialpartnern, zu denen Kammern und Gewerkschaften gehören (vgl. politpedia, 2012). Im Rahmen dieses Kapitels wird auf den zentralsten Einflussfaktor für das Thema der Arbeit eingegangen – die Gesetzeslage, der die Berufsausübung im Bereich der Pflege unterliegt, und die gesetzlichen Regelungen bezüglich der Ausbildung.

Die gesetzlichen Grundlagen, welche sowohl die Arbeit im Pflegebereich als auch die Ausbildung regeln, sind im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) zusammengefasst. Zu den Pflegeberufen zählen in Österreich der gehobene Dienst

für Gesundheits- und Krankenpflege und die Pflegehilfe (vgl. Winkler et al., 2006, 9). Die letzte Novellierung erfolgte im Jahr 2009 und trat mit 1. Jänner 2010 in Kraft (vgl. ÖGKV, 2012a). Besondere Bedeutung kommt, wie wir später noch sehen werden, den gesetzlichen Regelungen bezüglich der Tätigkeitsbereiche der Pflege zu.

Die Tätigkeit der diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen wird nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in drei Bereiche eingeteilt – den eigenverantwortlichen, den mitverantwortlichen und den interdisziplinären Tätigkeitsbereich. Ersterer umfasst die „eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege“ (Allmer, o.J., 14). Für diesen Bereich trägt die Pflegeperson die alleinige Verantwortung, auch in zivil- und strafrechtlicher Hinsicht. Für pflegerische Handlungen, die in den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich fallen, ist eine schriftliche oder mündliche Anordnung einer Ärztin/eines Arztes notwendig. Hierzu zählen z.B. das Verabreichen von Arzneimitteln, Vorbereiten und Verabreichen von Injektionen etc. Für diese Tätigkeiten hat eine Pflegeperson die Durchführungsverantwortung (vgl. ebd., 16-17). Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich „umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen“ (ebd., 17). Hierzu zählen z.B. die PatientInnenberatung und Tätigkeiten, die in das Feld der Krankheitsprävention fallen (vgl. ebd., 17). Ebenso ist im Berufsbild noch die Mitarbeit bei Qualitätsentwicklung und -sicherung, sowie die Übernahme hauswirtschaftlicher Tätigkeiten geregelt (vgl. Winkler et al., 2006, 10).

Die Ausbildung zur/zum diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn umfasst in Österreich drei Jahre bzw. mindestens 4600 Stunden mit abwechselnden Theorie- und Praxiseinheiten. Sie erfolgt im Rahmen einer 40-Stunden Woche. Um die Ausbildung beginnen zu können, muss ein Aufnahmeverfahren absolviert werden. Dabei werden „Fähigkeiten wie körperliche und geistige Gesundheit, psychische und physische Belastbarkeit, Einfühlungsvermögen [und] Kontaktfähigkeit“ (Jelenko et al., 2007, 25) überprüft. Voraussetzung, um zum Aufnahmeverfahren antreten zu dürfen, ist die erfolgreiche Absolvierung von zehn Schulstufen (vgl. ebd., 25), das bedeutet, es können Jugendliche im Alter von 16 Jahren mit der Ausbildung beginnen.

Die in diesem Kapitel erfolgten Darstellungen stellen eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der Attraktivität an sich und bezogen auf den Pflegeberuf in der stationären Langzeitpflege dar. Die Unterteilung in die Systemebenen Mikro-, Meso- und Makroebene ermöglicht einen strukturierten Blick auf das komplexe Versorgungssystem, in das die Pflege eingebunden ist. Es soll dadurch ein Verständnis dafür gefördert werden, welchen unterschiedlichen und weitreichenden Einflussfaktoren die Attraktivität des Pflegeberufs unterliegt. Ausgehend von der arbeitspsychologischen Betrachtung einer Arbeitstätigkeit auf der Mikroebene, spielen auf der Mesoebene institutionelle Rahmenbedingungen, die vorwiegend im Entscheidungsbereich von Personen in Leitungspositionen beeinflussbar sind, eine Rolle und auf der Makroebene die Entscheidungen von Personen in politischen Ämtern. Die einzelnen Ebenen dürfen jedoch nicht losgelöst voneinander betrachtet werden. Um die Attraktivität des Pflegeberufs (bzw. anderer Berufe) zu beeinflussen, sollten Entscheidungen auf Meso- und Makroebene die agierenden Pflegepersonen, die im Zentrum der Betrachtung der Mikroebene stehen, im Auge behalten. Um für sie die Arbeit attraktiv zu gestalten, sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die sich an den in der Arbeitspsychologie erforschten Humanisierungszielen orientieren. Auf die Betrachtung in Mikro-, Meso- und Makrosystem wird in den Schlussfolgerungen wieder eingegangen, wenn Empfehlungen für die Pflegepraxis gegeben werden. Im folgenden Kapitel wird auf empirische Belege bezüglich der Attraktivität der stationären Langzeitpflege eingegangen, wobei im speziellen versucht wird, die Situation in Österreich darzulegen.

## **6 Die Attraktivität der stationären Langzeitpflege in Österreich – Ausgangslage**

---

Bei der soeben erfolgten theoretischen Betrachtung der Attraktivität des Pflegeberufes wurde lediglich auf die Eigenschaften der verschiedenen Systemebenen eingegangen, die Einfluss auf die Attraktivität haben. Nun soll die Ausgangslage bezüglich der Attraktivität der pflegerischen Arbeit im Bereich der stationären Langzeitpflege in Österreich dargestellt werden.

Robertson und Cummings (1996) beschäftigten sich mit dem Thema der Attraktivität der pflegerischen Arbeit in der stationären Langzeitpflege. Sie führten eine triangulierte Studie unter dem Titel „Attracting Nurses to Long-Term Care“ in den USA durch. Ziel dieser Untersuchung war es, Faktoren zu identifizieren, die dazu beitragen, den stationären Langzeitpflegebereich für Pflegepersonen attraktiv zu gestalten, sie also dafür zu gewinnen bzw. darin zu halten. Mittels eines Fragebogens erhoben sie die Meinung von Pflegenden, die im stationären Langzeitpflegebereich arbeiteten. Zentral dabei war eine offene Frage, die den Fokus auf die Attraktivität legt: „If you had complete control and unlimited resources, what would you do to make practice on your unit more attractive to other nurses?“ (Robertson & Cummings 1996, 26-27). Alle 604 Antworten auf diese Frage wurden qualitativ ausgewertet. Als Ergebnis entstand ein Kategoriensystem, in welchem die Aussagen der Pflegenden in acht Kategorien zusammengefasst wurden (vgl. ebd, 27).

1. Personalbesetzung („Staffing“)
2. Bürokratische Aufgaben („Bureaucracy“)
3. Gehalt („Salary and Benefits“)
4. Eigenheiten der pflegerischen Arbeit („Nursing Practice“)
5. Arbeitsumgebung („Environment“)
6. Ausbildung („Education“)
7. Image („Image“)
8. Qualität der pflegerischen Arbeit („Quality“)

Aus Österreich konnte keine Studie zu dem Thema im Zuge einer Google-Recherche mit den Begriffen „Attraktivität“ und „Langzeitpflege“ gefunden werden. Lediglich Schüler wurden zu ihrer Meinung bezüglich der Attraktivität der stationären



Langzeitpflege im Zuge einer Studie befragt (vgl. Kozon et al., 2007), jedoch wurde keine Studie durchgeführt, die die Attraktivität der pflegerischen Arbeit im stationären Langzeitpflegebereich ermittelt. Es konnten aber vereinzelte Aussagen in verschiedenen wissenschaftlichen Texten gefunden werden, die die Charakteristika der pflegerischen Arbeit im stationären Langzeitpflegebereich bzw. Charakteristika der Rahmenbedingungen, unter denen sie ausgeführt wird, in Beziehung zur Attraktivität des Berufs setzen. Diese Aussagen wurden gesammelt und mit dem Kategoriensystem von Robertson und Cummings (1996) verglichen, welches danach leicht modifiziert übernommen wurde (repräsentiert in den Kapiteln 6.2.1 - 6.2.7). Zudem wurde ein Unterschied zwischen Indikatoren, an denen die Attraktivität der stationären Langzeitpflege bemessen wird und Faktoren, die die Attraktivität beeinflussen, getroffen (erläutert wird diese Unterscheidung anhand von Beispielen zu Beginn der Kapitel 6.1 und 6.2.) Das Kategoriensystem von Robertson und Cummings (1996) beschränkt sich auf Beeinflussungsfaktoren.

Die Modifizierung dieses Systems erschien in Anbetracht gewisser Merkmale im Aufbau (Doppelnennungen von Kategorien), der gefundenen Aussagen zur österreichischen Situation (inhaltliche Aspekte), wissenschaftlicher Definitionen (s. den Faktor „Image“, Kapitel 6.2.7) und allgemein der Tatsache, dass sich das System von Robertson und Cummings (1996) auf die Situation in den USA bezieht und in den USA das Gesundheitssystem (die Finanzierung ist privat orientiert) wie auch das Ausbildungssystem anders organisiert sind als in Österreich, zweckdienlich.

Da die vereinzelten Aussagen in verschiedenen wissenschaftlichen Texten aus Österreich oftmals Expertenmeinungen darstellen und nicht immer deutlich ersichtlich ist, ob sie auf empirischen Daten beruhen, werden sie noch mit Daten aus empirischen Untersuchungen aus Österreich belegt. Somit ist ein Überblick über die Attraktivität der pflegerischen Arbeit in der stationären Langzeitpflege mit Bezug zur österreichischen Situation gegeben. Die Benennung der Kategorien des modifizierten Systems obliegt einem gewissen Gestaltungsspielraum. Die gewählten Bezeichnungen sind in Anlehnung an das Kategoriensystem von Robertson und Cummings (1996) zu sehen.

Anzumerken ist, dass diese Darstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, denn, wie schon im vorigen Kapitel ausgeführt, ist die Attraktivität an sich schon ein weitreichender und vielschichtiger Begriff (vgl. Sponsel, 2005). Die Attraktivität

bezogen auf die berufliche Tätigkeit in einem bestimmten, begrenzten Bereich der Pflege schränkt zwar diese Vielschichtigkeit ein, sie bleibt jedoch (man betrachte das vorige Kapitel) noch immer sehr weitreichend. Daher würde eine als vollständig geltende Anführung aller Einflussfaktoren und Bemessungsindikatoren, sofern dies überhaupt möglich ist, den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

## **6.1 Indikatoren der Bewertung der Attraktivität der stationären Langzeitpflege**

Unter Indikator wird ein Anzeichen für eine Entwicklung verstanden (vgl. Duden, 2012b). Aus den vereinzelt Aussagen zur Attraktivität der stationären Langzeitpflege wurden zwei Indikatoren herausgearbeitet, an denen die Attraktivität bemessen wird. Um einen Sachverhalt als Indikator zu werten, muss er in einem direkten Zusammenhang mit der Attraktivität des Berufs genannt werden. Folgend wird ein Beispiel zur Veranschaulichung gegeben.

„Teilweise muss Personal auch dann eingestellt werden, wenn es den Anforderungen für die professionelle Identität ... und Qualifikation nicht entspricht. HeimleiterInnen begründen dies einerseits mit der geringen Attraktivität des Berufs – immer weniger junge Leute absolvieren die entsprechenden Ausbildungen“ (Simsa et al., 2004, 500).

Diese Aussage führt zu dem Schluss, dass das Desinteresse junger Leute, eine Pflegeausbildung zu beginnen, als Folge der schlechten Attraktivität zu werten ist, das heißt das Desinteresse junger Leute für eine Pflegeausbildung kann als Indikator dafür angesehen werden, dass die pflegerische Arbeit in der stationären Altenpflege eine geringe Attraktivität besitzt. Da die HeimleiterInnen über Probleme bei der Personalrekrutierung sprechen, ist dieses Problem ebenfalls als Indikator zu werten.

### **6.1.1 Berufsverweildauer, Rekrutierung von Personal**

Die Verweildauer im Beruf bzw. in einer Institution wird als Maß für die Anziehungskraft und somit die Attraktivität des Berufs verstanden. Auf diesen Zusammenhang weist auch der Direktor der Züricher Hochschule für angewandte Wissenschaften mit Bezug auf die FH Ausbildungslehrgänge für Gesundheitsberufe hin (vgl. Meyer, 2010). Bezüglich der Berufsverweildauer im Bereich der stationären Langzeitpflege gibt es mehrere empirische Untersuchungen aus Österreich.

Der Pflege im Allgemeinen wird eine kurze bis sehr kurze Berufsverweildauer zugesagt - sowohl in Österreich als auch international (vgl. Kranewitter et al., 2008, 5). Ältere Untersuchungen gingen von einer Berufsverweildauer von vier bis sechs Jahren aus. Bei näherer Betrachtung dieser Angaben zeigte sich jedoch, dass diese Zahlen kaum auf systematischen Untersuchungen basierten (vgl. Krajic & Nowak, 2003, 24-25). Das Problem lag sowohl in nicht vorhandenen Daten als auch in einer missverständlichen Verwendung des Begriffs Berufsverweildauer. Dieser wurde in Untersuchungen immer wieder mit Betriebszugehörigkeit synonym verwendet (vgl. Them et al., 2007, 24).

Neuere Untersuchungen zeigen jedoch ein anderes Bild. Them et al. (2007) führten eine Untersuchung zum Thema Berufsverbleib, Berufsausstieg und Berufswiedereinstieg diplomierter Pflegepersonen in Österreich durch. Die Ergebnisse dieser Studie verweisen auf eine längere Verweildauer im Beruf als bisher angenommen. So kam er zu dem Ergebnis, dass BerufsverbleiberInnen, also Pflegepersonen, die den Beruf ohne Unterbrechung ausgeübt haben, durchschnittlich 19,6 Jahre in der Pflege tätig sind. Auch WiedereinsteigerInnen kommen auf eine durchschnittliche Berufsverweildauer von 17,23 Jahren und selbst AussteigerInnen waren durchschnittlich 9,42 Jahre im Beruf, also wesentlich länger als vier bis sechs Jahre (vgl. Them et al., 2007, 27). Konkrete Zahlen für den Bereich der Langzeitpflege sind jedoch aus der Studie nicht ablesbar.

Kranewitter et al. (vgl. 2008, 55) führten eine Studie zum Berufsverbleib von AltenfachbetreuerInnen in Oberösterreich durch. Dabei untersuchten sie Ausbildungskohorten (alle Auszubildenden eines Jahrganges) von 1994 bis 2007 aus fünf Ausbildungseinrichtungen in Oberösterreich. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass die „älteste“ Kohorte (Jahrgang 1994/95) durchschnittlich 12,6 Jahre erwerbstätig war, „davon 10,2 Jahre in der direkten Betreuung und Pflege in der Altenfachbetreuung“ (ebd., 55), wobei sich der größte Teil (knapp drei Viertel) dieser Kohorte auch noch in den nächsten fünf Jahren in diesem Beruf sieht. Diese Perspektiven weisen somit ebenfalls auf eine wesentlich längere Berufsverweildauer als vier bis sechs Jahre hin.

Die Unterschiede der Zahlen zu der Untersuchung von Them et al. (2007) sind dadurch zu erklären, dass es sich bei der Untersuchungsgruppe um AltenfachbetreuerInnen handelt. Die Ausbildung zur/zum AltenfachbetreuerIn ist nicht mit jener zur/zum diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn gleichzusetzen.

Dementsprechend können die Zahlen nicht eins zu eins auf das diplomierte Personal umgelegt werden.

Ein weiteres Problem, welches auch als Indikator für die Anziehungskraft bzw. Attraktivität der stationären Langzeitpflege betrachtet werden kann, ist jenes der Rekrutierung von Personal. Das Problem der Besetzung offener Stellen mit adäquat ausgebildeten Personen sehen HeimleiterInnen als Folge der zu niedrigen Attraktivität des Berufs. „Immer weniger junge Leute absolvieren die entsprechenden Ausbildungen“ (Simsa et al., 2004, 500) und die Politik setzt keine Maßnahmen, um junge Menschen für die Ausbildung zum gehobenen Gesundheits- und Krankenpflagedienst zu begeistern. So muss oftmals Personal angestellt werden, obwohl es den Anforderungen an Qualifikationen nicht gerecht wird (vgl. ebd., 500). Auch Winkler et al. (vgl. 2006, V) sprechen dieses Problem im Österreichischen Pflegebericht aus dem Jahr 2006 an. Neben dem schon erwähnten, fehlendem Interesse dürfte jedoch auch ein fehlendes Monitoring mit ein Grund für Probleme beim Besetzen offener Stellen sein, wie Krajic und Nowak (vgl. 2003, 20) anmerken. Dabei verweisen sie auf die getrennte Zuständigkeit für Belange der Pflege im österreichischen Gesundheitssystem. Diese liegt bei den einzelnen Bundesländern. Auch stellen Simsa et al (vgl. 2005, 501) fest, dass eine Abwanderung des diplomierten Personals in Richtung Krankenhaus zu bemerken ist.

### **6.1.2 Arbeitszufriedenheit – der Arbeitsklimaindex**

Auf den Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Attraktivität eines Berufs weist zum Beispiel Pokorny (vgl. 2003, 46) hin. Sie sieht eine gegenseitige Abhängigkeit, also dass Attraktivität in Form von Attraktivität einer Arbeitstätigkeit die Arbeitszufriedenheit beeinflusst, aber auch die Arbeitszufriedenheit als Determinante der Attraktivität eines Berufs gesehen werden kann. Dieser Ansicht kann nur zugestimmt werden. Da in dieser Arbeit die Attraktivität untersucht wird, wird hier die Sichtweise, dass Arbeitszufriedenheit eine Determinante (bzw. hier Indikator) von Attraktivität ist, verwendet.

Arbeitszufriedenheit war und ist in den Sozialwissenschaften ein viel diskutiertes Thema. Jedoch bestehen bezüglich des Begriffs einige Unklarheiten. So wird mit verschiedenen Konzepten und verschiedenen Definitionen von Arbeitszufriedenheit gearbeitet, weswegen ein Vergleich von Forschungsergebnissen zu diesem Thema

oft schwer möglich ist. An dieser Stelle werden lediglich zwei sehr ähnliche Definitionen verwendet. Erstere von Bruggemann et al. (1975), da sie ein häufig zitiertes Werk zum Thema Arbeitszufriedenheit verfasst haben. Sie definierte Arbeitszufriedenheit als „die Zufriedenheit mit einem gegebenen Dienstverhältnis“ (Bruggemann et al., 1975, 13). Simon et al. (2005) erhoben im Zuge der nurses' early exit study (NEXT-Studie – diese „untersucht die Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Berufsausstiegs aus dem Pflegeberuf“ (Uni Wuppertal, 2010) in 14 Ländern der EU. Österreich nimmt nicht an dieser Studie teil) ebenfalls Daten zur Arbeitszufriedenheit. „Unter dem Begriff Arbeitszufriedenheit werden im Allgemeinen die Erwartungen des Einzelnen hinsichtlich der Arbeit und der tatsächlich wahrgenommen Arbeitssituation verstanden“ (Hasselhorn, 2005, 43).

Ein in Österreich entwickeltes Instrument zur Messung der Attraktivität eines Berufes stellt der Arbeitsklimaindex dar. Der Arbeitsklimaindex ist ein aussagekräftiges und valides Messinstrument, „das aus der Perspektive und Interessenposition einer ArbeitnehmerInnenvertretung kontinuierlich die subjektive Befindlichkeit von abhängig Beschäftigten in Österreich erheben sollte, eines Instrumentes also, das nicht vom primären Ziel des Geschäftserfolgs angetrieben wird, sondern das Arbeitszufriedenheit als Wert an sich sieht“ (Hofinger et al., o.J., 2). Der Arbeitsklimaindex richtet das Hauptaugenmerk auf Aspekte der Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung (vgl. ebd., 6-10).

In ihrer Untersuchung kommen Simsa et al. (vgl. 2004, 506-508) zu dem Schluss, dass die Arbeitszufriedenheit von Pflegenden in Pflegeheimen in Österreich deutlich niedriger ist als jene der Beschäftigten in Österreich insgesamt und auch niedriger als jene der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen im Allgemeinen. Sie sind weniger zufrieden mit den Arbeitsbedingungen, signifikant höher belastet und ihre Motivation ist dadurch stärker beeinträchtigt.

Die Ausführungen zeigen, dass die stationäre Langzeitpflege als unattraktiv von den Pflegenden gesehen wird, sowohl von Seiten bereits in diesem Bereich tätiger Pflegepersonen als auch von Auszubildenden, und sich dies auch empirisch belegen lässt. Folgend werden Faktoren dargestellt, die zu dieser Situation beitragen. Auch hierfür werden empirische Belege angeführt, die diese Faktoren untermauern.

Bei einigen Punkten muss auf Daten aus Deutschland zurückgegriffen werden, da keine entsprechend detaillierten Daten aus Österreich gefunden wurden. Jedoch

geschieht dies nur bei Charakteristika, die der Pflegearbeit an sich inhärent sind (z.B. körperliche Belastungen) und denen somit auch österreichische Pflegepersonen ausgesetzt sind. Werden jedoch Ergebnisse von Studien genannt, so kann allerdings nicht gesagt werden, ob diese in Österreich die gleiche Ausprägung aufweisen.

## **6.2 Beeinflussungsfaktoren der Attraktivität der stationären Langzeitpflege**

Für die Bestimmung der Beeinflussungsfaktoren wurden Aussagen herangezogen, die einen Zusammenhang zwischen Charakteristika der Pflegearbeit bzw. der Rahmenbedingungen und der Attraktivität des Berufs oder einem der eben dargestellten Indikatoren herstellten. Zur besseren Nachvollziehbarkeit werden im Folgenden zwei Beispiele genannt.

„Dass Pflegekräfte wegen der körperlichen Belastungen in der Regel schon früher aus dem Beruf ausscheiden müssen ... trägt nicht dazu bei, die Attraktivität des Berufs für Jugendliche bei der Berufswahl zu erhöhen“ (Krajic & Nowak, 2003, 29).

Aus dieser Aussage wird ein direkter Zusammenhang zwischen der körperlichen Belastung und der Attraktivität der pflegerischen Arbeit abgeleitet, und zwar, dass sich die körperlichen Belastungen, die der pflegerischen Arbeit inhärent sind, negativ auf die Attraktivität des Berufs auswirken. Körperliche Belastung stellt dementsprechend einen Beeinflussungsfaktor der Attraktivität des Berufs dar.

„Auffällig niedrig ist hingegen die Zufriedenheit mit dem Einkommen. Lediglich 38 Prozent geben an, dass sie damit sehr bzw. ziemlich zufrieden sind“ (Jelenko et al., 2007, 111).

Da die Pflegenden unzufrieden sind mit ihrem Einkommen und dadurch die Zufriedenheit mit dem Arbeitsverhältnis (Arbeitszufriedenheit) beeinträchtigt wird, die einen Indikator für die Attraktivität darstellt, wird daraus geschlossen, dass das Einkommen als Beeinflussungsfaktor zu werten ist.

Auch diese Aussagen sind oftmals Meinungen und ein Hinweis auf empirische Daten, auf denen diese Meinung basiert, ist nicht immer gegeben. Daher werden auch hier wieder empirische Belege für die einzelnen Faktoren angeführt.

### **6.2.1 Personalbesetzung**

Das Verhältnis von Pflegepersonen zu PatientInnen ist ein zentraler Faktor, der die Attraktivität beeinflusst, worauf Jelenko et al. (vgl. 2007, 37) hinweisen. Von Bedeutung ist die Anzahl sowohl der diplomierten Pflegepersonen, als auch der Hilfskräfte, die der Pflege unterstützend zur Seite stehen. Dementsprechend sind bei dieser Kategorie eine quantitative und eine qualitative Dimension zu beachten. Denn nicht nur die Anzahl an Pflegepersonen im Verhältnis zur Patientenanzahl ist ausschlaggebend, auch der Ausbildungsgrad der Personen spielt eine große Rolle. Die Personalbesetzung hat Einfluss auf viele der folgenden Faktoren und kann diese verstärken. Simsa et al. (vgl. 2004, 498-501) weisen auf beide Dimensionen hin, sowohl auf den Personalmangel im Bereich der Pflegeheime in Österreich, als auch auf die oftmals nicht vorhandene Qualifikation von Pflegepersonal, die, um die Professionalität der Arbeit zu garantieren, notwendig ist. So gaben HeimleiterInnen in der Untersuchung an, große Schwierigkeiten beim Anwerben von diplomiertem Pflegepersonal zu haben. Auch wird auf die zu geringe Anzahl an Hilfs- und Reinigungskräften in der Studie aufmerksam gemacht, was zur Folge hat, dass berufsfremde Tätigkeiten vom Pflegepersonal erledigt werden müssen. Auch Krajic und Nowak (vgl. 2003, 6) weisen auf den klar ersichtlichen Personalmangel hin. Sie ziehen diesbezüglich die Zahlen der offenen Stellen im Langzeitpflegebereich als auch die Zahlen für Stellen, die über diesen Bedarf hinausgehen, heran, und argumentieren so einen Personalmangel im österreichischen Pflegesystem. Sie gehen von einem nicht gedeckten Bedarf von ca. 1400 bis 6500 Pflegepersonen und Hilfskräften im Bereich der mobilen Dienste und in Pflegeheimen aus. Der österreichische Pflegebericht aus dem Jahr 2006 gibt an, dass Planstellen im Bereich des gehobenen Pflegedienstes in Pflegeheimen bis zu zehn Prozent nicht besetzt sind (vgl. Winkler et al., 2006, V).

### **6.2.2 Dokumentationsaufwand und berufsfremde Tätigkeiten**

Die Arbeit diplomierter Pflegepersonen ist gekennzeichnet durch ein hohes Maß an verschiedenen Tätigkeiten. Viele dieser Tätigkeiten sind direkte Pflegetätigkeiten an PatientInnen, wie zum Beispiel Verbandwechsel, Körperpflege etc. Viele stehen in engem Zusammenhang mit der direkten Pflege der PatientInnen, sei es Dokumentationsarbeit oder Pflegeplanung, deren Durchführung durch

Pflegepersonen auch im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) geregelt ist. Dieses vielfältige Tätigkeitsspektrum stellt ein attraktives Element des Pflegeberufs dar (vgl. Jelenko et al., 2007, 36; vgl. Frick & Walter, 2002, 84). Jedoch tragen nicht alle Tätigkeiten zur Attraktivität bei und haben sogar gegenteilige Auswirkungen auf diese. So wird die „Schreibtischarbeit“ entgegen der eigentlichen Intention, PatientInnen zu pflegen, erlebt und es entsteht bei den Pflegenden das Gefühl, kontrolliert zu werden, was den persönlichen Gestaltungsspielraum einschränkt (vgl. Krajic & Nowak, 2003, 31). Speziell für den Fall der Dokumentationsarbeit könnte der Aufwand durch eine Vereinheitlichung reduziert werden (vgl. Riess et al., 2007, 41). Auch berufsfremde Tätigkeiten, also Tätigkeiten, die eigentlich Aufgabe von Hilfs- oder Reinigungsdiensten sind, unterliegen dieser Wahrnehmung. Eine Untersuchung im Rahmen des Österreichischen Pflegeberichts aus dem Jahr 2007 ergab, dass diplomierte Pflegepersonen in einem höheren Ausmaß als Hilfskräfte, Tätigkeiten (Reinigung von Behelfen, Transport von PatientInnen etc.) verrichten, „die ohne jeden Qualitätsverlust in der Patientenbetreuung delegiert werden könnten“ (Riess et al., 2007, 40). Der in der Kategorie „Personalbesetzung“ beschriebene Personalmangel kann diesen Effekt noch verschärfen.

### **6.2.3 Gesetzeslage – Autonomie im pflegerischen Handeln**

Autonomie bedeutet Selbstbestimmung (Wissen.de, 2011). Bezogen auf die Pflegearbeit ist damit gemeint, unter den gegebenen Rahmenbedingungen auf institutioneller Ebene und im Rahmen der Gesetzte soweit als möglich über die, für die pflegerische Versorgung der PatientInnen nötigen Schritte selbst zu entscheiden. Die Autonomie beschränkt sich nicht nur auf die Entscheidung über diese Schritte und ihre Durchführung, sondern verbunden damit ist auch die Verantwortungsübernahme für die getätigten Handlungen und Entscheidungen.

Bezüglich der Autonomie in Form von Selbstbestimmung im Rahmen der Arbeit, und wie sie von Pflegenden im stationären Langzeitpflegebereich wahrgenommen wird, können keine empirischen Daten aus Österreich oder Deutschland dargestellt werden. Allgemein besteht nachweislich ein Zusammenhang zwischen der Autonomie in der Arbeit und der Motivation und dem Wohlbefinden von Pflegepersonen in der Arbeit (vgl. Glaser et al., 2008, 127), weswegen diese



Kategorie bei den Beeinflussungsfaktoren angeführt ist. Auch ist die Autonomie in den Humanisierungszielen angeführt, bei Neuberger (1985, zit.n. Frieling & Sonntag, 1999, 277) explizit, bei Dunckel (1996, zit.n. Frieling & Sonntag, 1999, 276) implizit. Für Schüler in der Pflegeausbildung spielt dieser Punkt eine Rolle. Sie verbinden eine mögliche Karriere in der Pflege mit mehr Autonomie im pflegerischen Handeln (vgl. Kozon et al., 2007, 62).

Betrachtet man die Gesetze, denen die pflegerische Arbeit unterliegt (s. voriges Kapitel) und vergleicht es mit dem Berufsbild, welches für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Österreich besteht (vgl. ÖGKV, 2012b), so zeigt sich vor allem bei Betrachtung des mitverantwortlichen Bereichs eine gewisse Abhängigkeit von den ÄrztInnen, was sich auch in den Ergebnissen von Jelenko et al. (2007) widerspiegelt, wo fast die Hälfte der befragten Pflegenden angab, „Arbeit auf Anweisung von ÄrztInnen zu machen“ (ebd., 125).

Hasselhorn et al. (vgl. 2005, 40) zogen lediglich den Schluss, dass die erhöhte Arbeitszufriedenheit bei Pflegenden in der ambulanten Pflege auf eine höhere Autonomie zurückzuführen sei, woraus an dieser Stelle der Schluss gezogen wird, dass Pflegende im stationären Langzeitpflegebereich eine geringere Autonomie besitzen.

#### **6.2.4 Arbeitsbelastungen**

Die Arbeit im Pflegebereich ist durch hohe Belastungen körperlicher und psychischer Art gekennzeichnet. Diese vermehrten Belastungen sind nach Meinung von HeimleiterInnen auch ein Grund für das Abwandern des Pflegepersonals in den Krankenhausbereich, beeinflussen also die Attraktivität des Langzeitpflegebereichs (vgl. Simsa et al., 2004, 501).

Für den Langzeitpflegebereich im Besonderen wird auf die psychische Belastung durch den Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden aufmerksam gemacht. Simsa et al. (vgl. 2004, 504) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass Beschäftigte, speziell im Bereich der Langzeitpflege, unter psychischen Belastungen leiden, die signifikant höher sind als jene der Beschäftigten in Österreich im Allgemeinen und auch höher als jene anderer Beschäftigter im Gesundheits- und Sozialbereich. 41,8% der befragten Personen geben an, sehr stark bzw. stark durch die seelisch belastende und aufreibende Arbeit belastet zu sein. An erster Stelle steht jedoch die

Belastung durch Zeitdruck - 45,8% der befragten Personen gaben an, stark unter Zeitdruck zu leiden. Auch Winkler et al. (vgl. 2007, IV) weisen auf die starke physische Belastung hin, die speziell Pflegende in Pflegeheimen wahrnehmen.

Körperliche Belastungen sind der Pflegearbeit inhärent. So wirken „langes Stehen, schweres Heben und Zwangshaltungen“ (Feldmann, 2007) als besonders körperlich belastend. Pflegende stehen bzw. gehen häufig oder immer während der Arbeitszeit. Schweres Heben gehört für ca. 60 Prozent der Pflegenden zur täglichen Arbeit, womit diese Berufsgruppe sogar jene des Baugewerbes übertrifft. Auch das Arbeiten in Zwangshaltung, also z.B. in gebückter, hockender, kniender oder liegender Position, empfinden ca. drei Viertel aller Befragten als körperlich sehr belastend (vgl. Feldmann, 2007). Der Faktor Personalmangel führt dazu, dass sowohl körperliche als auch psychische Belastungen des Pflegepersonals zusätzlich erhöht werden (vgl. Zimmer et al., 2000, 273). Die Ergebnisse von Jelenko et al. (vgl. 2007, 113) weisen jedoch auch darauf hin, dass körperliche Belastungen vor allem bei Pflegenden, die über 45 Jahre alt sind, von vorrangiger Bedeutung sind. 27% der über 45jährigen gaben hier an, sich durch einseitige körperliche Tätigkeiten schwer belastet zu fühlen. Auf die Belastungen in der Arbeit vorbereitet werden Pflegende kaum, wie eine Umfrage der Arbeiterkammer Niederösterreich (AKNÖ) aus dem Jahr 1998 ergab (vgl. Krajic & Nowak, 2003, 28-29).

Ein weiterer Punkt, der Pflegende stark belastet, sind die Arbeitszeiten. Eine Untersuchung von Brüßing et al. (vgl. 2001, zit.n. Glaser et al., 2008, 42) zeigte, dass über die Hälfte aller Pflegebediensteten in Deutschland im Dreischichtsystem arbeitet, das heißt Früh-, Spät- und Nachtschichten absolviert. Arbeitszeitmodelle mit Schicht- und Nachtarbeit sind mit zusätzlichen Arbeitsbelastungen verbunden (vgl. Frieling & Sonntag, 1999, 396). In der NEXT-Studie wurde der Zusammenhang zwischen Belastungen, Arbeitszeitregelungen und dem Arbeit/Familie- Konflikt herausgearbeitet. Es zeigte sich eindeutig ein Zusammenhang zwischen der Arbeit in Schichtdiensten (Tag- und Nachtdienste) und einem Arbeit/Familie-Konflikt. Negativ wirken sich zudem das Arbeiten an mehreren Wochenenden im Monat und die Anzahl der Überstunden, die erbracht werden, aus. Je höher diese sind, desto ausgeprägter die Empfindung des Konflikts. Es zeigte sich jedoch auch, dass der Arbeit/Familie Konflikt im Krankenhausbereich ausgeprägter ist als in Institutionen der stationären Langzeitpflege. Der Einfluss durch arbeitszeitunabhängige

Belastungen auf den Arbeit/Familie-Konflikt spielt eine geringere Rolle. Erwähnenswert sind hier der Einfluss durch Belästigung am Arbeitsplatz, sowie der Einfluss der Führungsqualität der Vorgesetzten. So gibt ca. ein Fünftel der Befragten an, häufig am Arbeitsplatz durch Vorgesetzte, Kollegen oder PatientInnen schikaniert zu werden. (vgl. Simon, 2004, 11-18). Der Führungsqualität wird ein eigenes Unterkapitel gewidmet, da sie großen Einfluss auf die MitarbeiterInnen haben kann und dementsprechend große Bedeutung besitzt.

Die Arbeitszeiten im Pflegebereich können dagegen auch einen Faktor darstellen, der die Attraktivität erhöht. So empfinden speziell jüngere Pflegende die Wechseldienste, die mitunter auch zu langen Freizeiten führen, als attraktiv (Jelenko et al., 2007, 37).

### **6.2.5 Karriere – Gehalt, Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten**

Mit den Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten sind die Pflegebediensteten im stationären Langzeitpflegebereich in Österreich nicht zufrieden (vgl. Simsa et al., 2004, 504). Bei Jelenko et al. (vgl. 2007, 111) gaben 50% der Befragten an, mit den Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten wenig zufrieden zu sein. Allgemein werden Erfolgskriterien von Seiten der Organisationsleitung nicht eindeutig definiert und MitarbeiterInnen nicht ausreichend unterstützt bei der Weiterentwicklung (vgl. Simsa et al., 2004, 504).

Aufstiegchancen im späteren Arbeitsbereich spielen auch für Pflegende in Ausbildung eine große Rolle. Sie sind nach Kozon et al. (vgl. 2007, 21-22) für bis zu zwei Drittel der Befragten in allen Ausbildungsstufen eines der drei wichtigsten Karrieremerkmale. Befragt nach dem Bereich, in dem man am ehesten Karriere machen kann, schneiden Pflegeheime zu Beginn der Ausbildungszeit mittelmäßig ab und stehen am Ende der Ausbildung an letzter Stelle. Krajic und Nowak (vgl. 2003, 34) weisen darauf hin, dass, um jungen Menschen eine Perspektive im Pflegeberuf zu ermöglichen, das Thema Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten erhöhter Aufmerksamkeit bedarf.

Das Gehalt an sich ist ebenfalls ein Faktor, der die Attraktivität eines Berufs beeinflusst. Die Zufriedenheit mit dem Gehalt ist unter Pflegepersonen im stationären Langzeitpflegeeinrichtungen am geringsten (vgl. Winkler et al., 2006, 66). Jelenko et al. (vgl. 2007, 111) kamen bei ihrer Untersuchung zu den Erwerbsbiographien

diplomierter Pflegebediensteter in Österreich zu dem Ergebnis, dass 17% der befragten diplomierten Pflegepersonen in Pflegeheimen mit ihrem Einkommen sehr unzufrieden sind. Somit sind die Befragten eklatant unzufriedener als ArbeitnehmerInnen aus anderen Branchen. Auch die Ergebnisse von Simsa et al. (vgl. 2004, 504) ergaben, dass Pflegepersonen im Bereich der Altenpflege signifikant weniger zufrieden sind mit ihrem Einkommen als Beschäftigte in Österreich im Allgemeinen. Selbst der Aufstieg in eine leitende Position bietet oft keinen finanziellen Anreiz. Durch den Wegfall von Nacht- und Wochenenddiensten kann es sogar zu finanziellen Einbußen kommen (vgl. Krajic & Nowak, 2003, 30).

#### **6.2.6 Führungsverhalten und -aufgaben**

Die Zufriedenheit mit der Arbeit steht in engem Zusammenhang mit dem Führungsstil, worauf sowohl Jelenko et al. (vgl. 2007, 106) und Simsa et al. (vgl. 2004, 508) hinweisen. Niederbacher (2000) formulierte diesen Zusammenhang detailliert aus.

„Diffuse Führung, schlechte Information, fehlende Wertschätzung und mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte führen eher als andere Faktoren zu Unzufriedenheit und Resignation“ (Niederbacher, 2000, 53, zit.n. Krajic & Nowak, 2003, 31).

Die Organisationsleitung bzw. Stationsleitung trägt durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen dazu bei, Pflegende in ihrer Arbeit zu unterstützen. Diese Unterstützung wiederum trägt zur Belastungsminimierung bei. Jedoch sprechen empirische Belege dafür, dass die Leitung, speziell auch in Institutionen der stationären Langzeitpflege, oftmals ihren Aufgaben in nicht ausreichendem Maße nachkommt. So geben in der Untersuchung von Simsa et al. (vgl. 2004, 504) ca. 16% der Befragten an, von der Organisationsleitung wenig bis gar nicht unterstützt zu werden. Auch die Ergebnisse der NEXT-Studie weisen darauf hin, „dass die Absicht, den Beruf zu verlassen, stark mit Charakteristika der Einrichtungen verknüpft ist“ (Hasselhorn et al., 2005, 129). Krajic und Nowak (vgl. 2003, 31) merken an, dass die Beziehung zu den Vorgesetzten der wichtigste Faktor für Arbeitszufriedenheit ist.

Das Verhalten bzw. die Wahrnehmung der Aufgaben von Seiten der Führungspersonen hat also auf Grund des Einflusses auf die Arbeitszufriedenheit auch Einfluss auf die Attraktivität des Berufs. Auch Jelenko et al. (vgl. 2007, 105-106)

gehen in ihrer Untersuchung auf den Zusammenhang zwischen Wertschätzung in Form von Anerkennung und Führungsstil ein. Nur etwa die Hälfte der Befragten bewertet dabei Anerkennung ihrer Arbeit von Seiten der Vorgesetzten als sehr zufriedenstellend oder zufriedenstellend. Die Zusammenarbeit mit der Leitung wird von den Befragten als mangelhaft auf Grund unzureichenden Informationsflusses beschrieben und mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation, wie zum Beispiel übergreifende Besprechungen, sind von Seiten der Vorgesetzten oft nicht erwünscht. Die befragten Pflegenden sind im Gegensatz dazu mit der Zusammenarbeit unter den KollegInnen sehr zufrieden, was als positiv und motivierend empfunden wird. So ist es nicht verwunderlich, dass ein weiteres Ergebnis der Studie ist, dass ein regelmäßiger Austausch im Team Belastungen, vor allem jene, die aus unzureichender Unterstützung durch die Leitung entstehen, reduziert.

Belegt wird der Zusammenhang zwischen dem Verhalten der Leitung und der Zufriedenheit der Pflegenden in positiver Richtung von Simsa et al. (vgl. 2004, 502). Sie kamen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass sich ein auf persönlicher Beziehung beruhender Führungsstil, der in einigen Heimen gepflegt wird, sehr positiv auf die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen auswirkt.

Die eben erwähnten Aufgaben können, vereinfacht ausgedrückt, unter dem Begriff Personalmanagement zusammengefasst werden. In vielen Institutionen konzentriert sich das Personalmanagement auf Aus- und Weiterbildung. Dies kann als durchaus positiv betrachtet werden, da dadurch MitarbeiterInnen in ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Weiterbildungspflicht Unterstützung erfahren, sodass die Zufriedenheit mit dem Anstellungsverhältnis erhöht wird, womit ein Beitrag zur Attraktivitätssteigerung gegeben ist. Die meisten Ressourcen im Bereich der stationären Langzeitpflege verbraucht jedoch die Rekrutierung von neuem Personals, wodurch wenig Zeit zur Unterstützung und Förderung für das bereits angestellte Pflegepersonal bleibt. Doch auch hier gibt es positive Ausnahmen. Anstatt entsprechend qualifiziertes Personal am Markt zu suchen, investieren einige Institutionen erfolgreich in die eigene Personalausbildung und -bindung, zum Beispiel durch Schaffung familienfreundlicher Arbeitszeitregelungen (vgl. Simsa et al., 2004, 70-71).

### **6.2.7 Image – Ausbildung, Professionalisierung**

Dass das Berufsimage Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit und somit auf die Attraktivität hat, legt Kranewitter (vgl. 2008, 7) zu Beginn ihrer Untersuchungen kurz dar. Das Image wird in der wissenschaftlichen Literatur auch unter dem Begriff gesellschaftliche Anerkennung diskutiert (vgl. Krajic & Nowak, 2003, 33). Die Pflegetätigkeit im Altenpflegebereich hat besonders mit einem geringen gesellschaftlichen Ansehen zu kämpfen (vgl. Jelenko et al., 2007, 100). Krajic und Nowak (vgl. 2003, 33-34) und Jelenko et al. (vgl. 2007, 40) nennen dafür mehrere Gründe. Zum einen überträgt sich der gesellschaftlich niedrige Status alter Menschen auf die Pflegepersonen. Außerdem besitzt die Geriatrie in der medizinischen Fach-Hierarchie kein hohes Ansehen und durch den hohen Frauenanteil im Bereich der Pflege kommen zusätzlich noch geschlechtsspezifisch-abwertende Aspekte hinzu. Von 54.601 diplomierten Pflegenden am Ende des Jahres 2010 waren 47.022 Frauen (vgl. Statistik Austria, 2011, 2). Nach diesen Zahlen wird der Pflegeberuf also zu 86% von Frauen ausgeübt. In der Untersuchung von Jelenko et al. (vgl. 2007, 125) geben 62% der befragten diplomierten Pflegenden an, dass ihre Aufgaben weniger Wertschätzung erfahren als jene von ÄrztInnen oder von therapeutischem Personal. Zudem geben ebenfalls 62% der Befragten an, von ÄrztInnen als „Mädchen für alles“ angesehen zu werden, erfahren also von dieser Berufsgruppe wenig Wertschätzung.

Doch das Image stellt wiederum ein Konzept dar, dessen Zustandekommen von zusätzlichen Kriterien bestimmt wird. Allgemein kann gesagt werden, dass „die soziale Wertschätzung, die eine Person aufgrund der Position, die sie in der Gesellschaft/Gruppe einnimmt, genießt, vornehmlich durch berufliche Kriterien bestimmt“ (Mikl-Horke, 1997, 198) wird. Setzt man soziale Wertschätzung gleich mit gesellschaftlicher Anerkennung, so spricht Mikl-Horke (1997) hier vom Image. Zu den beruflichen Kriterien, anhand derer die soziale Wertschätzung gemessen wird, zählen „das ethische Berufsideal, der Professionalisierungsgrad, das Niveau der Ausbildung [und] damit erworbene Diplome und Titel“ (ebd., 198).

Von einer Profession spricht man, wenn gewisse Merkmale auf eine Berufsgruppe zutreffen, die Pflöghar (2006, 83) darlegt.

- „Einheitliche, theoretisch fundierte Ausbildung, die zur Berufsausübung berechtigt
- Berufsethik mit bestimmten Verhaltensregeln

- Organisation in einem Berufsverband
- Altruismus: die Berufstätigen arbeiten weniger für sich, sondern eher für die Allgemeinheit
- Die Berufstätigen schätzen den Bedarf für ihre Leistung selbstständig ein, weil nur sie als Experten dazu in der Lage sind.
- Die Tätigkeit ist klar gegenüber anderen Berufen abgegrenzt
- Auszeichnungen sind wichtiger für das Ansehen als das Einkommen
- Die Leistungen werden meist in Form von Gebühren oder Honoraren bezahlt“

Dies führt uns zur Betrachtung von Professionalisierungsgrad und Ausbildung der Pflege. Professionalisierung und Ausbildung stehen in engem Zusammenhang. Pflegeberufe sind in Österreich noch immer low-level-jobs. Österreich und Luxemburg sind die einzigen beiden Länder in Europa, in denen eine Diplomausbildung ohne Hochschulreife absolviert wird (vgl. Streissler, 2004, 25-26). Durch die Hebung des Ausbildungsniveaus würde eine höhere Qualifikation der Pflegepersonen erreicht werden. Bestrebungen, die Ausbildung im tertiären Sektor zu inkludieren, sind bereits im Gange. So wurde im Jahr 1999 das Individuelle Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien eingeführt. Im Jahr 2008 wurde ein Bachelorstudium Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Campus Wien ins Leben gerufen und seit 2012 gibt es auch ein Master Studium Pflegewissenschaft an der Universität Wien. An der Universität Graz gibt es seit 2004 ein ordentliches Bachelorstudium Pflegewissenschaft und auch Privatuniversitäten in Tirol und Salzburg bieten seit 2004 bzw. 2007 Pflegewissenschaft als Studienrichtungen an (vgl. Rappold, 2009, 12-13). Es gibt also eindeutige Bestrebungen, die Professionalisierung in der Pflege zu fördern. Das Berufsbild „Gesundheits- und Krankenpflege“ würde somit an Prestige und gesellschaftlicher Anerkennung gewinnen (vgl. Krajic & Nowak, 2003, 10). Zum jetzigen Zeitpunkt jedoch ist „Professionalisierung ... in der stationären Altenpflege noch nicht hinreichend gegeben“ (Falkenstein, 2001, zit.n. Jenull et al., 2008, 16), worunter das Image der Berufsgruppe der Pflegenden leidet.

### **6.3 Zusammenfassende Darstellung der Ausgangslage**

Fasst man die Darstellungen in diesem Kapitel zusammen, so kann gesagt werden, der stationäre Langzeitpflegebereich weist einige Charakteristika auf, welche die Arbeit in diesem Bereich für Pflegenden unattraktiv machen. So weist die Arbeit in diesem Bereich ein körperliches Belastungspotential auf, das dem von Bauarbeitern

gleichkommt (vgl. Feldmann, 2007). Noch stärker nehmen Pflegende in diesem Bereich psychische und emotionale Belastungen durch starken Zeitdruck und die tägliche Konfrontation mit Krankheit, Leid und Tod wahr (vgl. Jelenko, 2007, 37). Viele dieser Belastungen sind der Pflegearbeit inhärent, können also höchstens vermindert jedoch nicht zum Verschwinden gebracht werden. Rahmenbedingungen, die unterstützend wirken und dadurch helfen, Belastungen zu reduzieren sind oftmals nicht gegeben. Zwar nehmen Pflegende die Unterstützung innerhalb der eigenen Berufsgruppe sehr positiv wahr, doch herrscht im gesamten Sektor eklatanter Personalmangel, sowohl in der Pflege als auch bei den Hilfsdiensten, wodurch die Belastungssituation für alle sehr hoch ist, auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen (vgl. Krajic & Nowak, 2003, 7, 28; vgl. Simsa et al., 2004, 505), nicht zuletzt auch, weil dadurch Tätigkeiten in hohem Ausmaß übernommen werden müssen, die eigentlich nicht dem Berufsbild entsprechen. Dies führt zu noch mehr zeitlichem Druck und wird zudem als der, die eigentliche Intention den Beruf zu ergreifen, zuwider erlebt (vgl. Krajic & Nowak, 2003, 31). Auch deuten Ergebnisse darauf hin, dass das Verhältnis zur Berufsgruppe der ÄrztInnen verbesserungswürdig ist. Von diesen erfahren Pflegende oftmals nur mangelnde Unterstützung sowie kaum Wertschätzung und Anerkennung der eigenen Arbeit (vgl. Jelenko et al. 2007, 112, 125). Unter all diesen Sachverhalten leidet auch das Berufsimago bzw. das gesellschaftliche Ansehen, welches als gering angesehen werden kann (vgl. Kranewitter et al., 2008, 7, vgl. Jelenko et al., 2007, 100). Die Ausbildung, die in Österreich im Bereich der Sekundarstufe II angesiedelt ist, und nicht wie in den meisten Ländern der EU im tertiären Bereich, trägt nicht zu einem höheren Ansehen des Pflegeberufs im Allgemeinen bei und der gesellschaftlich niedrige Status alter Menschen und das Verständnis von Pflege als Frauenberuf beeinträchtigt das Ansehen der stationären Langzeitpflege zusätzlich negativ (vgl. Krajic & Nowak, 2003, 33-34; vgl. Jelenko et al. 2007, 40). Verstärkt wird dies noch durch die fehlende Professionalisierung in diesem Bereich (Falkenstein, 2001, zit.n. Jenull et al., 2008, 16). Die Bestrebungen bezüglich der Hebung der Ausbildung und somit der weiteren Professionalisierung haben sich noch nicht in der Praxis der stationären Langzeitpflege niedergeschlagen.

Die gesamte derzeitige Situation in der stationären Langzeitpflege, die durch die Arbeit an sich und die Rahmenbedingungen, unter denen diese Arbeit ausgeführt wird, bedingt ist, führt dazu, dass Pflegende im stationären Langzeitpflegebereich



„deutlich weniger zufrieden sind als die Beschäftigten in Österreich bzw. jene im Gesundheits- und Sozialbereich“ (Simsa et al. 2004, 507) im Allgemeinen. Besonders unzufrieden sind die Pflegenden mit dem Gehalt und den Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten (vgl. ebd. 504). Diese beiden Faktoren bieten kaum Anreize in der Arbeit. Oftmals bieten angenehmere Dienstzeiten den einzigen Anreiz, eine höhere Position anzustreben, obwohl dies zu Gehaltseinbußen führen kann, da es zu einem Wegfall von Zulagen kommt (vgl. Krajic & Nowak, 2003, 36,44).

Nach diesem Blick auf die häufig problematischen Zustände, mit denen die Pflege in der alltäglichen Praxis im stationären Langzeitpflegebereich zu kämpfen hat, erfolgt nun die Beantwortung der Forschungsfrage. Begonnen wird dabei mit der Literaturrecherche in Anlehnung an die Kriterien von Hasseler (2007) und Slavin (1986), die bereits in der Auseinandersetzung mit der Methode der systematischen Übersichtsarbeiten in Kapitel 2 angeführt wurden.

## **7 Personenzentrierte Pflegesysteme und die Attraktivität der stationären Langzeitpflege**

---

Der Einfluss personenzentrierter Pflegesysteme auf die Attraktivität der stationären Langzeitpflege soll in dieser Arbeit untersucht werden. Wie schon bei der Erläuterung des Vorgehens in der Arbeit in Kapitel 2 beschrieben, soll die Forschungsfrage im Zuge einer systematischen Übersichtsarbeit erfolgen. Ebenfalls beschrieben wurde der Sinn der bisher getätigten Schritte. In diesem Kapitel werden nun die entscheidenden Schritte der Umsetzung dargestellt. Zunächst wird die Literaturrecherche beschrieben samt Suchstrategie, Begriffsbestimmung für die Literatursuche, Bestimmung der Ein- und Ausschlusskriterien und Darstellung des Suchprotokolls. Danach erfolgt die kritische Bewertung der ausgewählten Studien und zuletzt werden die Ergebnisse der Einzelstudien übersichtlich dargestellt.

### **7.1 Literaturrecherche**

Die Recherche wurde in Anlehnung an die Kriterien von Hasseler (2007) durchgeführt. Für die Literaturrecherche wurden die Datenbanken Cinahl, PubMed und MEDLINE durchsucht.

Das erste Kriterium bei Hasseler (2007, 300) lautet, „Suchstrategie formulieren, Stichworte und Schlagworte formulieren ...“. Um konkrete Stich- und Schlagwörter für die Suche zu formulieren, erfolgten die theoretische Auseinandersetzung mit personenzentrierten Pflegekonzepten und die Bestimmung der Ausgangslage der Attraktivität der stationären Langzeitpflege. Die dadurch gewonnen Begriffe werden ins Englische übersetzt, um in den erwähnten Datenbanken gezielt recherchieren zu können.

Die beiden folgenden Schritte Hasselers (vgl. ebd., 300), Hauptdenkschulen identifizieren (wurde im Sinne der beiden Forschungsparadigmen verstanden) und unterschiedliche Sichtweisen beachten, werden im Zuge der kritischen Bewertung der gefundenen Studien durchgeführt.

Eine Suche in unterschiedlichen Disziplinen und eine Handsuche, neben der Suche in elektronischen Datenbanken (vgl. ebd., 300), wurden nicht durchgeführt.

### **7.1.1 Suchstrategie**

Die Literaturrecherche wurde nach folgendem Schema (welches als „vom Abstrakten zum Detail“ angesehen werden kann) durchgeführt:

Es wurde nach Studien gesucht, die den Zusammenhang eines personenzentrierten Pflegesystems/-konzeptes

- und der Attraktivität untersuchen (wurde zu Beginn der Arbeit durchgeführt, um festzustellen, ob schon eine wissenschaftliche Untersuchung durchgeführt wurde zwischen personenzentrierten Pflegekonzepten und der Attraktivität der Arbeit)
- und der stationären Langzeitpflege untersuchen (Wurden personenzentrierte Pflegekonzepte in Verbindung mit der stationären Langzeitpflege überhaupt schon thematisiert in wissenschaftlichen Untersuchungen?)
- und den Arbeitscharakteristika der Pflegenden oder allgemein die Auswirkungen auf das Pflegepersonal untersuchen (Arbeitscharakteristika und Auswirkungen auf das Pflegepersonal als Überbegriffe, die in der Forschung eventuell thematisiert wurden)
- und der Arbeitszufriedenheit oder Berufsverweildauer untersuchen (Indikatoren, an denen die Attraktivität bemessen wird)
- und jeden der ermittelten Beeinflussungsfaktoren untersuchen.

Lag die Trefferanzahl bei einer Suche von zwei Begriffen, die mit einer „AND“-Verknüpfung verbunden waren, über 120, so wurde eine weitere Suche mit allen Übersetzungen für den Begriff Langzeitpflege in einer „AND“-Verknüpfung gewählt, um so eine gezieltere Suche durchzuführen (siehe Suchprotokoll).

### **7.1.2 Verwendete Suchbegriffe**

In der Datenbank Cinahl wurde mit der Vorauswahl „Select a field (optional)“ gesucht. Dementsprechend ergab die Suche einen Treffer, wenn der Begriff im Titel, dem Abstract, in den Schlagwörtern oder einem der anderen, auswählbaren Felder eines Textes vorkam. Gleiches gilt für die Datenbank MEDLINE, wo mit der Vorauswahl „Keyword“ gesucht wurde. Deswegen wurden bei diesen beiden Datenbanken die gleiche Suchstrategie und die gleichen Begriffe verwendet. Die Auswahl der englischen Begriffe „patient centered care“ und „person centered care“

erfolgte nach der ersten Suche mit dem Begriff „Primary Nursing“. In gefundenen Texten, die mit Schlagwörtern belegt waren, waren diese beiden Begriffe die am häufigsten verwendeten.

Für den Begriff Langzeitpflege wurde zuerst nur die Standardübersetzung des Leo.org Wörterbuches verwendet und ebenfalls nach der ersten Suche, die in den Schlagwörtern der einzelnen, gefundenen Texte angegebenen Begriffe „aged care“, „geriatric care“ und „nursing home“ verwendet.

Die weiteren Begriffe wurden für die Suche in Cinahl und MEDLINE mit dem Wörterbuch Leo.org übersetzt und die jeweils passendsten Begriffe zur Suche ausgesucht. Folgende Übersetzungen wurden in der Literatursuche verwendet:

- Personenzentrierte Pflege: „Primary Nursing“, „patient centered care“, „person centered care“ (Anm.: „centered“ und „centred“ sind im Englischen synonym verwendete Schreibweisen für das deutsche Wort „zentriert“)
- Langzeitpflege: „Long term care“, „aged care“, „geriatric care“, „nursing home“
- Attraktivität: „attract\*“ (das Sternsymbol am Ende ermöglicht eine Suche nach allen Wörtern, die „attract“ enthalten, so ergaben sich die Wörter „attractive“ und „Attractiveness“ ebenfalls in einem Suchfeld)
- Charakteristika der Arbeit, Merkmale der Arbeit: „work characteristics“
- Arbeitszufriedenheit: „job satisfaction“
- Berufsverweildauer: „shortage“
- Personal(besetzung) = „staff“
- Professionalität: „profession\*“ (Sternsymbol, um gleichzeitig auch nach „professional“ zu suchen)
- Image: „image“, „occupational image“
- Gehalt: „salary“, „payment“
- Karriere: „career“
- Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten: „development potential“
- Führungsaufgaben/ -verhalten = „leadership“, „administration issues“, „executive function“
- Arbeitsbelastung = „workload“
- Autonomie = „autonomy“
- Dokumentationsaufwand, berufsfremde Tätigkeiten = „paperwork“

Die Suche in der Datenbank PubMed erfolgt über MeSH-Terms (Medical Subject Heading). Dabei kann man Begriffe vorab suchen und falls die Datenbank einen dazu passenden MeSH findet, der mit synonym verwendeten Begriffen verknüpft ist, werden diese Begriffe ebenfalls mitgesucht. Dadurch kann eine gezieltere Suche durchgeführt werden bzw. wird die Anzahl der Suchanfragen reduziert. Jedoch wurde nicht für jeden der bisher verwendeten Begriffe ein adäquater MeSH-Term gefunden. Diese Begriffe sind in der Suchtabelle gekennzeichnet. Für folgende Begriffe konnte ein MeSH-Term gefunden werden:

- Nursing Home: Nursing Homes;
- Geriatric care: Geriatric nursing;
- Staff: nursing staff
- Salary: Salaries and Fringe Benefits;
- Career: Career Mobility

### **7.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien**

Damit eine Studie für die weitere Analyse ausgewählt wurde, musste sie folgende Kriterien erfüllen:

- Die Studie musste sich mit den Auswirkungen eines personenzentrierten Pflegesystems auf diplomierte Pflegende im Bereich der stationären Langzeitpflege beziehen.
- Bei den Teilnehmern der Studie mussten diplomierte Pflegende dabei sein.
- Es musste sich um eine empirische Studie handeln.
- Es wurden nur Studien deutscher oder englischer Sprache ausgesucht.

Nicht in die Analyse miteinbezogen wurden

- Studien aus dem Bereich der Psychiatrie oder Behindertenpflege
- Es wurden nur Pflegehilfskräfte in die Untersuchung miteinbezogen
- Treffer bei der Literaturrecherche ohne Abstract abrufbar
- Deskriptive Arbeiten

#### 7.1.4 Suchprotokoll

Der in der Suchstrategie formulierte Gedanke „vom Abstrakten zum Detail“ ist durch Leerzeilen verdeutlicht.

Die Suchstrategie wurde bei jedem verwendeten Begriff, der für ein personenzentriertes Pflegesystem steht, angewendet.

Der Unterschied im Wert zwischen der Spalten „Relevant“ und „Auswahl“ ergibt sich entweder daraus, dass nach Lesen des Abstracts die Einschlusskriterien als erfüllt angesehen wurden, jedoch nach Einblick in den vollständigen Text dies doch nicht der Fall war bzw. ein Ausschlusskriterium schlagend wurde. Zudem wurden Studien, die bei einer vorhergehenden Suchanfrage schon gefunden und ausgewählt wurden in den Wert der Spalte „Relevant“ miteinbezogen, aber nicht in den Wert der Spalte „Ausgewählt“.

DATENBANK: CINAHL

Strategie	Treffer	Relevant	Auswahl
„Primary Nursing“ AND „attract*“	36	0	0
„Primary Nursing“ AND „Long-term care“	98	11	4
„Primary Nursing“ AND „aged care“	0		
„Primary Nursing“ AND „Nursing home“	101	4	0
„Primary Nursing“ AND „geriatric care“	15	1	0
„Primary Nursing“ AND „work characteristics“	2	1	0
„Primary Nursing“ AND „staff“	444		
„Primary Nursing“ AND „staff“ AND „Long-term care“	43	4	0
„Primary Nursing“ AND „staff“ AND „nursing home“	48	2	0
„Primary Nursing“ AND „staff“ AND „aged care“	0		
„Primary Nursing“ AND „staff“ AND „geriatric care“	9	0	
„Primary Nursing“ AND „shortage“	70	2	0
„Primary Nursing“ AND „job satisfaciton“	124	8	0
„Primary Nursign“ AND „profession*“	23	1	0
„Primary Nursing“ AND „image“	39	0	
„Primary Nursing“ AND „occupational image“	0		
„Primary Nursing“ AND „salary“	17	0	
„Primary Nursing“ AND „payment“	32	0	

Strategie	Treffer	Relevant	Auswahl
„Primary Nursing“ AND „career“	83	0	
„Primary Nursing“ AND „development potential*“	2	0	
„Primary Nursing“ AND „leadership“	49	0	
„Primary Nursing“ AND „administration issues“	1	0	
„Primary Nursing“ AND „executive function“	1	0	
„Primary Nursing“ AND „autonomy“	112	3	0
„Primary Nursing“ AND „workload“	47	4	0
„Primary Nursing“ AND „paperwork“	7	0	
„Patient centered care“ AND „attract*“	0		
„Patient centered care“ AND „long term care“	3	1	0
„Patient centered care“ AND „aged care“	0		
„Patient centered care“ AND „nursing home“	5	0	
„Patient centered care“ AND „geriatric care“	0		
„Patient centered care“ AND „work characteristics “	1	0	
„Patient centered care“ AND „staff“	2	0	
„Patient centered care“ AND „shortage“	0		
„Patient centered care“ AND „job satisfaction“	116	4	0
„Patient centered care“ AND „profession*“	0		
„Patient centered care“ AND „image“	0		
„Patient centered care“ AND „occupational image“	0		
„Patient centered care“ AND „salary“	0		
„Patient centered care“ AND „payment“	0		
„Patient centered care“ AND „career“	0		
„Patient centered care“ AND „development potential*“	0		
„Patient centered care“ AND „leadership“	0		
„Patient centered care“ AND „administration issues“	0		
„Patient centered care“ AND „executive function“	0		
„Patient centered care“ AND „autonomy“	2	0	
„Patient centered care“ AND „workload“	1	0	
„Patient centered care“ AND „paperwork“	1	0	
„Person centered care“ AND „attract*“	0		
„Person centered care“ AND „Long-term care“	27	1	0
„Person centered care“ AND „aged care“	2	0	
„Person centered care“ AND „nursing home“	32	1	0
„Person centered care“ AND „geriatric care“	0		

Strategie	Treffer	Relevant	Auswahl
„Person centered care“ AND „work characteristics“	0		
„Person centered care“ AND „staff“	38	2	0
„Person centered care“ AND „shortage“	0		
„Person centered care“ AND „job satisfaction“	4	1	0
„Person centered care“ AND „profession*“	33	0	
„Person centered care“ AND „image“	0		
„Person centered care“ AND „salary“	0		
„Person centered care“ AND „payment“	0		
„Person centered care“ AND „career“	0		
„Person centered care“ AND „development potential“	0		
„Person centered care“ AND „leadership“	5	0	
„Person centered care“ AND „administration issues“	0		
„Person centered care“ AND „executive function“	0		
„Person centered care“ AND „autonomy“	3	0	
„Person centered care“ AND „workload“	0		
„Person centered care“ AND „paperwork“	0		

#### DATENBANK: MEDLINE

Strategie	Treffer	Relevant	Auswahl
„Primary Nursing“ AND „attract*“	5	0	
„Primary Nursing“ AND „Long-term care“	23	2	0
„Primary Nursing“ AND „aged care“	0		
„Primary Nursing“ AND „Nursing home“	16	1	0
„Primary Nursing“ AND „geriatric care“	1	0	
„Primary Nursing“ AND „work characteristics“	0		
„Primary Nursing“ AND „staff“	0		
„Primary Nursing“ AND „shortage“	8	0	
„Primary Nursing“ AND „job satisfacton“	139		
„Primary Nursing“ AND „job satisfacton“ AND „Long-term care“	3	0	
„Primary Nursing“ AND „job satisfacton“ AND „aged care“	2	0	
„Primary Nursing“ AND „job satisfacton“ AND „Nursing home“	0		
„Primary Nursing“ AND „job satisfacton“ AND „geriatric care“	0		
„Primary Nursing“ AND „profession*“	80	0	



Strategie	Treffer	Relevant	Auswahl
„Primary Nursing“ AND „image“	4	0	
„Primary Nursing“ AND „salary“	3	0	
„Primary Nursing“ AND „payment“	5	1	0
„Primary Nursing“ AND „career“	1	1	0
„Primary Nursing“ AND „development potential“	0		
„Primary Nursing“ AND „leadership“	48	1	0
„Primary Nursing“ AND „administration issues“	0		
„Primary Nursing“ AND „executive function“	0		
„Primary Nursing“ AND „autonomy“	57	4	0
„Primary Nursing“ AND „workload“	38	2	0
„Primary Nursing“ AND „paperwork“	1	0	
„Patient centered care“ AND „attract*“	0		
„Patient centered care“ AND „long term care“	0		
„Patient centered care“ AND „aged care“	0		
„Patient centered care“ AND „nursing home“	0		
„Patient centered care“ AND „geriatric care“	0		
„Patient centered care“ AND „work characteristics “	3	2	0
„Patient centered care“ AND „staff“	2	1	0
„Patient centered care“ AND „shortage“	0		
„Patient centered care“ AND „job satisfaction“	0		
„Patient centered care“ AND „profession*“	2	1	0
„Patient centered care“ AND „image“	0		
„Patient centered care“ AND „occupational image“	0		
„Patient centered care“ AND „salary“	0		
„Patient centered care“ AND „payment“	0		
„Patient centered care“ AND „career“	0		
„Patient centered care“ AND „development potential*“	0		
„Patient centered care“ AND „leadership“	0		
„Patient centered care“ AND „administration issues“	0		
„Patient centered care“ AND „executive function“	0		
„Patient centered care“ AND „autonomy“	1	1	0
„Patient centered care“ AND „workload“	0		
„Patient centered care“ AND „paperwork“	0		
„Person centered care“ AND „attract*“	1	1	0
„Person centered care“ AND „long term care“	15	0	
„Person centered care“ AND „aged care“	4	1	0
„Person centered care“ AND „nursing home“	13	0	
„Person centered care“ AND „geriatric care“	0		

Strategie	Treffer	Relevant	Auswahl
„Person centered care“ AND „work characteristics“	0		
„Person centered care“ AND „staff“	25	1	0
„Person centered care“ AND „shortage“	0		
„Person centered care“ AND „job satisfaction“	4	1	0
„Person centered care“ AND „profession*“	13	0	
„Person centered care“ AND „image“	0		
„Person centered care“ AND „salary“	0		
„Person centered care“ AND „payment“	1	0	
„Person centered care“ AND „career“	0		
„Person centered care“ AND „development potential*“	0		
„Person centered care“ AND „leadership“	3	0	
„Person centered care“ AND „administration issues“	0		
„Person centered care“ AND „executive function“	0		
„Person centered care“ AND „autonomy“	4	0	
„Person centered care“ AND „workload“	0		
„Person centered care“ AND „paperwork“	0		

#### DATENBANK: PubMed

Strategie	Treffer	Relevant	Auswahl
„Primary Nursing“ AND „attract*“	65	0	
„Primary Nursing“ AND „Long-term care“	16	1	0
„Primary Nursing“ AND „aged care“ [kein MeSH]	5303		
„Primary Nursing“ AND „Nursing homes“	36	1	0
„Primary Nursing“ AND „Geriatric Nursing“	54	3	1
„Primary Nursing“ AND „work characteristics“ [kein MeSH]	0		
„Primary Nursing“ AND „nursing staff“	373		
„Primary Nursing“ AND „nursing staff“ AND „Long-term care“	5	1	0
„Primary Nursing“ AND „nursing staff“ AND „aged care“ [kein MeSH]	0		
„Primary Nursing“ AND „nursing staff“ AND „nursing homes“	4	1	0
„Primary Nursing“ AND „nursing staff“ AND „geriatric nursing“	14	1	0
„Primary Nursing“ AND „Shortage“ [kein MeSH]	8	0	
„Primary Nursing“ AND „Job Satisfaciton“	129		

Strategie	Treffer	Relevant	Auswahl
„Primary Nursing“ AND „job satisfaciton“ AND „Long term care“	3	0	
„Primary Nursing“ AND „job satisfaciton“ AND „Nursing Homes“	5	0	
„Primary Nursing“ AND „job satisfaciton“ AND „Geriatric Nursing“	4	0	
„Primary Nursing“ AND „profession*“ [kein MeSH]	243		
„Primary Nursing“ AND „profession*“ [kein MeSH] AND „Long Term Care“	2	0	
„Primary Nursing“ AND „profession*“ [kein MeSH] AND „Nursing Homes“	3	1	0
„Primary Nursing“ AND „profession*“ [kein MeSH] AND „Geriatric Nursing“	4	1	0
„Primary Nursing“ AND „image“ [kein MeSH]	3	0	
„Primary Nursing“ AND „Salaries and Fringe Benefits“	7	0	
„Primary Nursing“ AND „Career Mobility“	15	0	
„Primary Nursing“ AND „development potential“ [kein MeSH]	0		
„Primary Nursing“ AND „Leadership“	35	0	
„Primary Nursing“ AND „administration issues“ [kein Mesh]	0		
„Primary Nursing“ AND „executive function“ [kein Mesh]	0		
„Primary Nursing“ AND „Profession Autonomy“	27	2	0
„Primary Nursing“ AND „Workload“	26	1	0
„Primary Nursing“ AND „paperwork“ [kein Mesh]	1	0	
„Patient-Centered Care“ AND „attract*“ [kein MeSH]	27	0	
„Patient-Centered Care“ AND „Long-term care“	106	0	
„Patient-Centered Care“ AND „aged care“ [kein MeSH]	1435		
„Patient-Centered Care“ AND „Nursing Homes“	175	5	0
„Patient-Centered Care“ AND „Geriatric Nursing“	170	1	0
„Patient-Centered Care“ AND „work characteristics“ [kein MeSH]	1	0	
„Patient-Centered Care“ AND „Nursing Staff“	479		
„Patient-Centered Care“ AND „Nursing Staff“ AND „Long Term Care“	8	0	
„Patient-Centered Care“ AND „Nursing Staff“ AND „Nursing Homes“	28	1	0
„Patient-Centered Care“ AND „Nursing Staff“ AND „Geriatric Nursing“	32	0	
„Patient-Centered Care“ AND „shortage“ [kein MeSH]	14	0	
„Patient-Centered Care“ AND „job satisfaction“	124		
„Patient-Centered Care“ AND „job satisfaction“ AND „Long Term Care“	2	0	

Strategie	Treffer	Relevant	Auswahl
„Patient-Centered Care“ AND „job satisfaction“ AND „Nursing Homes“	12	1	0
„Patient-Centered Care“ AND „job satisfaction“ AND „Geriatric Nursing“	3	1	0
„Patient-Centered Care“ AND „profession*“	29	1	0
„Patient-Centered Care“ AND „image“ [kein MeSH]	26	0	
„Patient-Centered Care“ AND „Salaries and Fringe Benefits“	35	0	
„Patient-Centered Care“ AND „Career Mobility“	20	0	
„Patient-Centered Care“ AND „development potential“ [kein MeSH]	163		
„Patient-Centered Care“ AND „development potential“ [kein MeSH] AND „Long Term Care“	2	0	
„Patient-Centered Care“ AND „development potential“ [kein MeSH] AND „Nursing Homes“	2	0	
„Patient-Centered Care“ AND „development potential“ [kein MeSH] AND „Geriatric Nursing“	6	0	
„Patient-Centered Care“ AND „Leadership“	275		
„Patient-Centered Care“ AND „Leadership“ AND „Long Term Care“	1	0	
„Patient-Centered Care“ AND „Leadership“ AND „Nursing Homes“	1	0	
„Patient-Centered Care“ AND „Leadership“ AND „Geriatric Nursing“	6	0	
„Patient-Centered Care“ AND „administration issues“ [kein MeSH]	338		
„Patient-Centered Care“ AND „administration issues“ [kein MeSH] AND „Long Term Care“	6	0	
„Patient-Centered Care“ AND „administration issues“ [kein MeSH] AND „Nursing Homes“	6	0	
„Patient-Centered Care“ AND „administration issues“ [kein MeSH] AND „Geriatric Nursing“	8	0	
„Patient-Centered Care“ AND „executive function“ [kein MeSH]	1	0	
„Patient-Centered Care“ AND „Profession Autonomy“	96	0	
„Patient-Centered Care“ AND „workload“	158		
„Patient-Centered Care“ AND „workload“ AND „Long Term Care“	1	0	
„Patient-Centered Care“ AND „workload“ AND „Nursing Homes“	1	0	
„Patient-Centered Care“ AND „workload“ AND „Geriatric Nursing“	1	1	0
„Patient-Centered Care“ AND „paperwork“ [kein Mesh]	3	0	

## 7.2 Analyisierte Texte

Die Darstellung der Analysierten Texte ist eine Kurzzusammenfassung über die in die Übersichtsstudie miteinbezogenen Studien. Sie dient einem schnellen Überblick über diese Studien und ermöglicht ein besseres Verständnis der im Anschluss erfolgten Darstellung der wichtigsten Merkmale in Tabellenform.

Thomas (vgl. 1992, 373) stellte einen Vergleich der Wahrnehmung der Arbeit von Seiten des Pflegepersonals im Primary Nursing-, Gruppenpflege- und Funktionspflegesystem an. Sie untersuchte dazu neun Langzeitpflegestationen in Großbritannien, in je drei davon wurde eines der genannten Systeme umgesetzt. Befragt wurden diplomierte Pflegepersonen (Anm.: Qualified Nurses) und Pflegehilfskräfte (Anm.: Nursing Auxiliaries).

Berkhout et al. (vgl. 2004, 621-624) führten eine Untersuchung in drei niederländischen Pflegeheimen durch, in denen ein personenzentriertes Pflegeorganisationssystem eingeführt wurde. Ziel war es, den Einfluss eines personenzentrierten Pflegeorganisationssystems auf gewisse Arbeitscharakteristika und Verhaltensmuster zu erheben, sowie den Grad der Implementierung verschiedener Charakteristika personenzentrierter Pflege zu messen. Befragt wurden nur diplomierte Pflegepersonen (Anm.: Registered and Enrolled Nurses).

McCormack et al. (vgl. 2010, 94-95) führten eine Evaluation eines zweijährigen staatlichen Programms zur Einführung personenzentrierter Versorgungssysteme in 18 Langzeitpflegeeinrichtungen in Irland durch. Die ForscherInnen konzentrierten sich dabei auf die Wahrnehmung der Pflegepersonen von ihrem Arbeitsumfeld und welche Auswirkungen dieses auf ihre Arbeit hat. Befragt wurden Personen aus allen Hierarchieebenen aus dem Bereich Pflege (Anm.: Registered Nurses, Care support workers).

Suhonen et al. (vgl. 2012, 4) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit von Pflegenden und individualisierter Pflege in verschiedenen Settings der Pflege älterer Menschen. Sie erhoben hierzu die Wahrnehmung der Arbeitszufriedenheit und die Wahrnehmung der Ausprägung individualisierter Pflege auf Altenpflegestationen in Gesundheitszentren, in Pflegeheimen, in Einrichtungen des betreuten Wohnens und in der mobilen Hauskrankenpflege. Soweit als möglich wurden für die Auswertung die Ergebnisse von den Altenpflegestationen und den

Pflegeheimen herangezogen. Befragt wurden alle Pflegenden (Anm.: Registered Nurses, Licensed Practical Nurses, home helpers, nurses aides) von sechs Organisationen in einem Verwaltungsbereich in Finnland.

Laakso und Routasalo (vgl. 2001, 476-477) evaluierten die Einführung des Primary Nursing Systems auf zwei Stationen in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung in Finnland, nachdem jahrelang ein Funktionspflegesystem praktiziert wurde. Ziel dabei war es, die Erlebnisse bzw. Erfahrungen von PatientInnen, deren Angehörigen und dem Pflegepersonal (diplomierte Pflegepersonen) mit der Umstellung bzw. dem neuen System zu untersuchen. Ganz dem Ziel der Forschung entsprechend, verwendeten die ForscherInnen einen qualitativen Ansatz. Befragt wurden Pflegeheimbewohner, deren Angehörige und Pflegende. Für diese Arbeit von vorrangiger Bedeutung sind die Erlebnisse und Erfahrungen des Pflegepersonals.

**Tab.: Verzeichnis der Studien** (Evidenzgrad nach Stetler et al., 1998a,b; zit.n. LoBiondo-Wood & Haber, 2005, 674)

Autor, Jahr, Titel, Land, Evidenzgrad	Design, Methode, Instrumente, Stichprobe, personenzentr. Pflegekonz.	Ergebnisse der Studien bezogen auf das Thema der Arbeit	Kommentar (bezogen auf eigene FF/Arbeit/Relevanz)
<b>Suhonen et al.</b> (2011): Caregivers' work satisfaction and individualised care in care settings for older people Finnland, III	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantitativ: nicht experimentelle Korrelationsstudie, Querschnittsdesign</li> <li>FB-Erhebung (ICS, ICI, IWS)</li> <li>n=263</li> <li>individualisierte Pflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbeitszufriedenheit erhöht</li> <li>Sign. Zusammenhang Autonomie-Arbeitszufriedenheit</li> <li>wenig zufrieden mit: Gehalt, organisatorischen Rahmenbedingungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>keine Veränderung aufgrund von Design feststellbar</li> </ul>
<b>McCormack et al.</b> (2010): Developing person-centered practice: nursing outcomes from changes to the care environment in residential care settings for older people., Irland, III	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantitativ: nicht experimentelle, formative Evaluationsstudie, Längsschnittsdesign</li> <li>FB (NCI, CDI, NDI)</li> <li>n<sub>t1</sub>=614 n<sub>t2</sub>=498 n<sub>t3</sub>=439</li> <li>personenzentrierte Pflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbeitsbelastung reduziert</li> <li>Arbeitszufriedenheit (pers. &amp; prof.) sign. erhöht</li> <li>Bindung an Organisation erhöht</li> <li>Intention den Beruf zu verlassen reduziert</li> <li>Zufriedenheit m. dem Gehalt erhöht</li> <li>Zufriedenheit m. Personalbesetzung sign. erhöht</li> <li>Zufriedenheit m. Arbeitsumfeld gestiegen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hohe Bedeutung der Ergebnisse aufgrund von Längsschnittsdesign</li> <li>Veränderung aufgrund von Längsschnittsdesign feststellbar</li> </ul>
<b>Berkhout et al.</b> (2004): Resident-oriented care in nursing homes: effects on nurses Niederlande, III	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantitativ: quasiexperimentelle, formative und summative Evaluationsstudie, Längsschnittsdesign (pre-post-test) mit Kontrollgruppe</li> <li>Methodentriangulation (FB, teilstrukturierte Interviews, teilnehmende Beobachtung)</li> <li>n t1=210, n t1=167, n t1=147</li> <li>patientenorientierte Pflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>quant.: keine Veränderung bei Autonomie u. Arbeitsmotivation</li> <li>qual.: Arbeit als attraktiver empfunden</li> <li>qual.: mehr Verantwortung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interessante Unterschiede zw. qual. &amp; quant. Daten</li> <li>Bedeutung qualitativer Daten im Vergleich zu quantitativen Daten.</li> <li>Interessant für „Ausblick für die Forschung“</li> <li>Methodenkritik</li> <li>Veränderungen nur bedingt feststellbar aufgrund von Design</li> </ul>
<b>Laakso, Routasalo</b> (2001): Changing to primary nursing in a nursing home in Finland: experiences of residents, their family members and nurses. Finnland, III	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualitativ: nicht experimentelle, summative, Evaluationsstudie, Querschnittsdesign</li> <li>Fokussierte Interviews</li> <li>Patienten: n=10 Angehörige: n=10 Pflegepersonen: n=10</li> <li>Primary Nursing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mehr Zeit für Patienten</li> <li>individuellere Betreuung</li> <li>mehr Einfluss auf Entscheidungen</li> <li>mehr Aufmerksamkeit für individuelle Bedürfnisse d. Pat.</li> <li>mehr Freude an der Arbeit</li> <li>besseres Arbeitsklima</li> <li>unabhängigeres Arbeiten</li> <li>größere Herausforderung</li> <li>mehr lohnend</li> <li>mehr Verantwortung</li> <li>mehr Anerkennung durch Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualitative Daten zur Belegung der Ergebnisse der quantitativen Studien</li> <li>Veränderung bedingt aufgrund von Design feststellbar</li> </ul>
<b>Thomas</b> (1992): Qualified nurse and nursing auxiliary perceptions of their work environment in primary, team and functional nursing wards. England, III	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantitativ: nicht-experimentelle Korrelationsstudie (<i>Ex-post-facto-Studie</i>), Querschnittsdesign</li> <li>FB-Erhebung</li> <li>n=70</li> <li>Primary Nursing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mehr Autonomie</li> <li>erhöhte Verantwortung</li> <li>Arbeitsdruck und Belastung geringer</li> <li>Einbeziehung in Entscheidungsfindung höher als in Gruppen- &amp; Funktionspflegeeinrichtungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bedeutung v. innovativem, wertschätzendem Arbeitsumfeld</li> <li>klar formulierte Pflegephil. u. Einbez. aller Pflegenden</li> <li>Rolle der Vorgesetzten</li> <li>keine Veränderung, nur Vergleich</li> </ul>

### **7.3 Kritische Bewertung der ausgewählten Studien**

Die kritische Bewertung der analysierten Studien wurde nach Kriterien von LoBiondo-Wood und Haber (2005) durchgeführt. „Unter der kritischen Bewertung versteht man den Prozess der objektiven und kritischen Evaluierung der Stärken und Schwächen eines Forschungsartikels, um seinen wissenschaftlichen Wert und seine Anwendbarkeit in Praxis, Forschung oder Ausbildung zu prüfen“ (LoBiondo-Wood & Haber 2005, 78). Dabei ist zu beachten, dass quantitative Studien nach anderen Kriterien zu bewerten sind als qualitative Studien. Die Kriterien werden zu Beginn der folgenden Unterkapitel beschrieben.

Eine Ausnahme bezüglich der Kriterien von LoBiondo-Wood und Haber (2005) bildet in dieser Arbeit die zusätzliche Bewertung des theoretischen Bezugsrahmens der Studien. Dieser erscheint deswegen von Bedeutung, da er Hinweis darauf gibt, inwiefern eine Auseinandersetzung mit der Thematik personenzentrierter Pflegesysteme erfolgt ist, mit welchen Begrifflichkeiten die einzelnen Forscher und Forscherteams arbeiteten und welche Kriterien diesen Begrifflichkeiten zu Grunde liegen. Dies soll die Nachvollziehbarkeit der aus dieser Übersichtsarbeit gewonnenen Ergebnisse erleichtern.

Betrachtet man die Kriterien von LoBiondo-Wood und Haber (2005) und stellt einen Vergleich mit den Kriterien von Slavin (1986), die in Kapitel zwei näher ausgeführt sind, an, so wird ersichtlich, dass den Kriterien inhaltlich entsprochen wird. Slavin (vgl. ebd., 7) formulierte als erstes Kriterium, dass die Studie zum Thema passen muss. Das erste Kriterium (Identifizierung des Phänomens) wird bei LoBiondo-Wood und Haber (2005) nur für die Bewertung qualitativer Studien angegeben. Durch die bereits erwähnte Bewertung des theoretischen Bezugsrahmens, wobei das in der jeweiligen Studie untersuchte personenzentrierte Pflegekonzept bzw. Pflegeorganisationssystem thematisiert wird, soll diesem Kriterium, das nach Slavin (vgl. 1986, 7) für quantitative und qualitative Studien zu erfüllen ist, Rechnung getragen werden.

#### **7.3.1 Kritische Bewertung der quantitativen Studien**

Ein wichtiges Kriterium bei der kritischen Bewertung einer Studie stellt nach LoBiondo-Wood und Haber (vgl. 2005, 300) die Durchführbarkeit dar. Die Durchführbarkeit wird an Hand der Angaben zur Zeitplanung und der Verfügbarkeit



von Teilnehmern bewertet werden. Bezüglich der Teilnehmer wird auf den folgenden Punkt, dem Kriterium der Kontrolle, verwiesen, da unter diesem Kriterium eine Darstellung der jeweiligen Stichprobe vorgenommen wird. Angaben zu der größtmöglichen Anzahl an möglichen Teilnehmern wurden in den Studien nicht gemacht bzw. wurden alle Pflegenden, somit alle möglichen Teilnehmer in die Untersuchung miteinbezogen. LoBiondo-Wood und Haber (vgl. ebd., 300) führen als Faktor bei der Bewertung der Durchführbarkeit noch ethische Fragen an. Es wird daher bei der Bewertung der Studien noch darauf geachtet, ob auf grundlegende ethische Standards während des Forschungsprozesses, wie z.B. die Zusicherung der Anonymität für die Teilnehmer eingegangen worden ist. Die Bewertung der Durchführbarkeit wird dem zweiten Kriterium von Slavin (vgl. 1986, 7), der methodischen Angemessenheit, zu einem Teil gerecht.

Weiters geben LoBiondo-Wood und Haber (vgl. 2005, 302-305) als ein wichtiges Kriterium bei der Bewertung der Studien die Kontrolle über die geprüften Variablen an. Angaben, die für die Bewertung der Kontrolle herangezogen werden, sind zum einen Angaben zur Stichprobe und zur Stichprobenauswahl, zum anderen die Konstanz bei der Datensammlung. Eine Datensammlung kann als konstant bewertet werden, wenn für alle teilnehmenden Personen die Umfeldbedingungen, der Zeitpunkt bzw. Zeitraum und die Erhebungsinstrumente gleich sind. Weiters nennen LoBiondo-Wood und Haber (2005) bei der Bewertung der Kontrolle noch die Manipulation der unabhängigen Variablen als Kriterium. Mit Manipulation arbeiten experimentelle und quasi-experimentelle Designs. „Nicht-experimentelle Designs hingegen verändern die unabhängige Variable nicht“ (ebd., 305). Wie aus der oben stehenden Tabelle ersichtlich ist, wird bei vier der fünf Studien kein experimentelles Design verwendet. Durch die Bewertung der Kontrolle über die geprüften Variablen und der Konstanz der Datensammlung (Bewertung der Erhebungsinstrumente) erfüllen die Kriterien von LoBiondo-Wood und Haber (2005) auch das zweite und dritte Kriterium von Slavin (vgl. 1986, 7).

Suhonen et al. (vgl. 2012, 2-3) arbeiteten mit dem Begriff „individualised care“. In ihrer theoretischen Auseinandersetzung mit dem Begriff setzten sie sich mit der Philosophie, die hinter „individualised care“ steht, auseinander. Diese baut auf den Grundgedanken auf, dass Menschen verschieden sind und bei der Pflege auf die Person an sich eingegangen werden muss, um den individuellen Bedürfnissen gerecht werden zu können. Ziel individualisierter Pflege ist es, gesundheitsförderliche

Verhaltensweisen zu fördern und so allgemein positive Effekte durch die Pflege zu erreichen.

Für die Untersuchung wurde ein exploratives Korrelationsdesign gewählt. Befragt wurden alle in der Altenpflege tätigen Pflegepersonen aus fünf Bezirken, die einer Verwaltungseinheit in Finnland untergeordnet waren. Gesamt wurden Pflegende aus sechs verschiedenen Organisationen befragt. Diese Organisationen umfassten Stationen der Altenpflege in Gesundheitszentren, Pflegeheime, Einrichtungen des betreuten Wohnens und mobile Krankenpflegedienste. 263 von den 375 Pflegepersonen (Anm.: Registered Nurses, Licensed Practical Nurses, home helpers, nurses aides) retournierten die an sie weitergegebenen Fragebögen (71% Rücklaufquote). Von den Befragten waren 99% Frauen, das Durchschnittsalter lag bei 44 Jahren. Im Durchschnitt arbeiteten die Befragten 15 Jahre in der Pflege und 95% davon Vollzeit. Der Großteil der Befragten arbeitete in Pflegeheimen oder auf Stationen der Altenpflege in Gesundheitszentren. Zustimmungen zur Durchführung der Studie wurden bei der zuständigen Person der Verwaltungseinheit und bei den zuständigen Personen der fünf Bezirke eingeholt. Den befragten Pflegenden wurde Anonymität zugesichert. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und es bestand jederzeit die Möglichkeit aus der Studie auszusteigen (vgl. ebd., 4-6).

Die Datenerhebung erfolgte in einem Zeitraum von vier Wochen. Zur Datenerhebung wurden mehrere Skalen verwendet. Die Ausprägung, in dem individualisierte Pflege durchgeführt wurde, wurde mit zwei Instrumenten erhoben. Zum einen wurde die individualised Care Scale (ICS) herangezogen. Die ICS ist ein zweigeteiltes Instrument. Es misst die Förderung der Individualität der PatientInnen bei verschiedenen Pflegeaktivitäten und die Wahrnehmung der Individualität der Pflegenden beim Ausüben dieser Aktivitäten. Beide Teile unterscheiden in drei Subskalen zwischen klinischer Situation, persönlicher Lebenssituation und Kontrolle über Entscheidungen. Die Skala weist eine sehr gute innere Konsistenz auf. Weiters wurde das in Kanada entwickelte Individualised Care Instrument (ICI) verwendet. Die Individualität wird in dieser Skala über folgende Bereiche erhoben: Wissen über die Person, PatientInnenautonomie, die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den PatientInnen und die Kommunikation innerhalb des Pflegepersonals. Die ICI Skala weist eine akzeptable innere Konsistenz auf. Zur Messung der Arbeitszufriedenheit wurde der Index of Work Satisfaction (IWS) verwendet. Die Arbeitszufriedenheit wird über sechs Subskalen ermittelt, die Daten zu den

Bereichen Gehalt, Autonomie, Arbeitsanforderungen, organisatorische Rahmenbedingungen, Professioneller Status und Wechselbeziehungen abfragen. Der Index hat gute Reliabilitäts- und Validitätswerte (vgl. ebd., 4-5).

McCormack et al. (2010) arbeiteten mit dem Begriff „Person-centred care“ und orientierten sich an zwei theoretischen Bezugssystemen. Zum einen orientierten sie sich an dem für ein vorangegangenes Projekt entwickelten theoretischen Bezugsrahmen zur Einführung personenzentrierter Versorgung („person-centred practice development framework“), welcher mehrere Entscheidungshilfen für Veränderungen in der Praxis bietet (vgl. ebd., 95).

1. Entscheidungshilfen zu den Eigenschaften, die Pflegende für die Umsetzung personenzentrierter Pflege haben müssen (Kompetenzen, die professionelles Arbeiten ermöglichen, Kompetenzen im zwischenmenschlichen Umgang, Engagement in der Arbeit und die Fähigkeit, Werte und Überzeugungen klar transportieren zu können)
2. Entscheidungshilfen für die Umgebung, in der die personenzentrierte Pflege stattfindet (verlangt ein System, in dem geteilte Entscheidungsfindung gefördert wird, effektive, respektvolle Beziehungen unter den MitarbeiterInnen, unterstützende Organisationssysteme, die Möglichkeit für den Einzelnen, innovativ handeln zu können und eine angemessene physische Umgebung)
3. Entscheidungshilfen, die personenzentrierte Prozesse verlangen (die Möglichkeit, mit PatientInnen an Überzeugungen und Einstellungen arbeiten zu können, Engagement)
4. für die Ergebnisse erfolgreicher, personenzentrierter Pflegearbeit, als zentrale Komponente dieses Bezugssystems (Zufriedenheit mit der Pflegearbeit, Einbeziehung in die Pflege, Wohlbefinden).

Zum anderen orientierten sich die Autoren noch an dem von Manley und McCormack (2004) entwickelten Bezugsrahmen zum eigenverantwortlichen Handeln im Praxisalltag („practice development framework“), der speziell dafür entwickelt wurde, eine personenzentrierte Arbeitskultur im pflegerischen Arbeitsalltag einzuführen. Dieser Bezugsrahmen legt den Fokus auf vier Aspekte (vgl. McCormack et al., 2010, 94-95).

1. die Steigerung der Effektivität der personenzentrierten Pflege
2. die Transformation von bestehenden Arbeitsroutinen hin zu personenzentriertem Arbeiten,

3. systematisches und kontinuierliches Arbeiten,
4. die Teilhabe an kollaborativen förderlichen Arbeitsbeziehungen.

McCormack et al. (vgl. ebd., 96-97) starteten zu Beginn des Programms eine Informationskampagne in jedem der teilnehmenden Häuser. Für die Datensammlung wurden drei Untersuchungszeiträume festgelegt: Dezember 2007 – März 2008, Jänner – März 2009 und August – September 2009. Befragt wurden Personen aus allen Hierarchieebenen aus dem Bereich Pflege und Betreuung (Anm.: Registered Nurses, Care support workers). Diese wurden nach der Informationskampagne zu Beginn des Programms (zu denen alle MitarbeiterInnen der Institution, PatientInnen und deren Angehörige eingeladen waren) in Untersuchungsgruppen eingeteilt und ein Prozessbegleiter wurde in jedem der Häuser ausgewählt. Die Rücklaufquote nahm mit jedem der Erhebungszeitpunkte ab ( $n_{t1}=614$ ,  $n_{t2}=498$ ,  $n_{t3}=439$ ), war jedoch trotzdem zu allen drei Zeitpunkten recht hoch. McCormack et al. (2010) bestimmten Untersuchungsgruppen und Prozessbegleiter, die sich alle sechs Wochen mit den Programmleitern der Universität trafen. Die Aufgabe der Programmleiter war es, den Ablauf des Programms zu planen und zu koordinieren, sowie die Prozessbegleiter der einzelnen Häuser zu unterstützen. Zum Ende von jedem der drei Untersuchungszeiträume wurden die beantworteten Fragebögen ausgewertet. Alle teilnehmenden Personen waren so konstant in den Prozess der Einführung und Evaluation des Programms eingebunden. Konkrete Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der befragten Personen wurden in der Publikation nicht angegeben, vermutlich auf Grund dessen, dass das gesamte Personal miteinbezogen wurde. Zudem konnten auch keine näheren Angaben zur Zusammensetzung der Stichprobe in der Publikation gefunden werden. Die ForscherInnen erhielten für ihre Untersuchung die Zustimmung von sechs regionalen Ethikkommissionen. Jede dieser regionalen Ethikkommissionen hatte eigene Anforderungen, auf die in der Planungsphase und der Durchführungsphase eingegangen wurde.

McCormack et al. (2010) verwendeten zur Evaluation den „Person-Centred-Nursing Index“ (PCNI), welcher aus drei verschiedenen Fragebögen besteht (vgl. ebd., 97-99).

1. Nursing Context Index (NCI): erhebt Daten zur Arbeitsumgebung und zum Arbeitsumfeld der Pflegenden. Es wurden folgende 16 Bereiche abgefragt: Arbeitsbelastung, inadäquate Vorbereitung, ein Fehlen an Arbeitsunterstützung, Konflikte zwischen den Pflegenden, spontan auftretende Problemsituationen,

Balance zwischen Arbeit und Freizeit, Arbeitsumgebung, mangelnde Kommunikation, Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten, Zufriedenheit mit dem Gehalt, Zufriedenheit mit Weiterbildungsmaßnahmen/Training, persönliche Zufriedenheit, Zufriedenheit mit der professionellen Rolle, Personalbesetzung, Beziehung zu den ÄrztInnen, Wahrnehmung der Leitung.

2. Caring Dimensions Inventory (CDI): misst die Wahrnehmung und Vorstellung von Pflege in der Beziehung zwischen Pflegenden und PatientInnen.
3. Nursing Dimensions Inventory (NDI): dieses Instrument wertet das Verständnis von PatientInnen von Pflege bzw. von den Aufgaben der Pflegenden.

Der PCNI konzentriert sich auf die Messung der Umsetzung und Auswirkungen personenzentrierter Pflege aus Sicht der Pflege und der PatientInnen (vgl. ebd., 97-99).

Befragt wurden Personen aus allen Hierarchieebenen aus dem Bereich Pflege und Betreuung (Anm.: Registered Nurses, Care support workers). Die Rücklaufquote nahm mit jedem der Erhebungszeitpunkte ab ( $n_{t1}=614$ ,  $n_{t2}=498$ ,  $n_{t3}=439$ ), war jedoch trotzdem zu allen drei Zeitpunkten recht hoch (vgl. ebd., 96-97). Konkrete Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der befragten Personen wurden in der Publikation nicht angegeben, vermutlich aufgrund dessen, dass das gesamte Personal miteinbezogen wurde.

Berkhout et al. (vgl. 2004, 622) führte die theoretische Auseinandersetzung mit „resident-oriented care models“ zu der Erkenntnis, dass es sich bei diesen Modellen um Beispiele für ein „job redesign“ in Form von „enlarged and enriched jobs“ handelt. Diese haben die drei Charakteristika Autonomie, Arbeitsanforderungen und soziale Unterstützung gemeinsam. Die ForscherInnen nannten vier Charakteristika eines „resident-oriented care models“, die bei der Implementierung dieses Pflegesystems beachtet werden müssen (vgl. ebd., 623).

1. Die PatientInnenzuteilung zu einer Pflegeperson, die sogenannte Primary Nurse, und die damit einhergehende Verantwortlichkeit und Zuständigkeit für die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege.
2. Die Anwendung des Pflegeprozesses, der das Führen der Dokumentation, die Identifizierung der Pflegebedürfnisse und Definition von Pflegezielen, die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegehandlungen beinhaltet.

3. Die Delegation der Verantwortlichkeit und Zuständigkeit für die Pflege wird als Schlüsselaspekt betrachtet. Die Primary Nurse ist weniger für die direkte Pflege als vielmehr für die Unterstützung und das Coaching der Pflegenden zuständig.
4. Um koordinierte und kontinuierliche Pflege zu gewährleisten, ist die Primary Nurse für die Kommunikation mit den PatientInnen innerhalb der Pflege und unter den Professionen in der Versorgung der PatientInnen verantwortlich.

Aufbauend auf diesen theoretischen Überlegungen formulierten Berkhout et al. (vgl. ebd., 623) ihre Forschungsfragen und Hypothesen.

Sie führten ihre Untersuchung in drei niederländischen Pflegeheimen in verschiedenen Regionen der Niederlande durch. In jedem dieser Heime suchten sie zwei Versuchsstationen und zwei Kontrollstationen aus, wodurch ein weiteres Kriterium der Kontrolle erfüllt ist. Sie wählten für die Untersuchung ein Pre-Test/Post-Test-Design. Es wurden ein Pre-Test (vor der Einführung des neuen Pflegeorganisationssystems) und zwei Post-Tests (sechs und 16 Monate nach Beginn der Intervention) durchgeführt. Fragebögen wurden an alle Pflegepersonen auf der Versuchsstation verteilt, sofern sie zu dem Zeitpunkt länger als drei Monate auf der Station gearbeitet haben, als examinierte Pflegeperson (Anm.: Registered and Enrolled Nurses) angestellt waren und direkte Pflege durchführten. Für die Teilnahme an den Post-Tests war zudem die Teilnahme am Pre-Test Voraussetzung. Gesamt gelangten Berkhout et al. (2004) zu einer Stichprobengröße von 210 (Pre-test), 167 (Post-test 1) und 147 (Post-test 2). Dies entspricht einer Rücklaufquote von 96-97%. Nähere Angaben zur Stichprobenzusammensetzung wurden in der Publikation nicht gemacht (vgl. ebd., 623-624).

Daten wurden mittels Fragebögen (verwendet wurden bereits in anderen Studien getestete Skalen mit guter, innerer Konsistenz), teilstrukturierten Interviews (mit den Projektkoordinatoren und der Stationsleitungen der Versuchsgruppenstationen) und teilnehmenden Beobachtungen (in den Versuchsgruppen) erhoben. Mittels der Skalen wurden folgende Bereiche erhoben: Zuteilung der PatientInnen zu den Pflegenden, Verwendung des Pflegeprozesses, Neuverteilung der Arbeitsaufgaben, Kommunikation (mit den PatientInnen und innerhalb der Berufsgruppen), Autonomie in der Arbeit, Arbeitsanforderungen, soziale Unterstützung, Arbeitszufriedenheit, intrinsische Arbeitsmotivation, gesundheitliche Beschwerden und Fernbleiben auf Grund von Krankheit. Berkhout et al (2004) holten sich die Zustimmung zur Durchführung ihrer Untersuchung von den Ethikkomitees aller drei untersuchten

Einrichtungen. Alle Pflegenden wurden mittels Brief über den Ablauf informiert. Der vertrauensvolle Umgang mit den erhobenen Daten wurde ihnen zugesichert. Weiters wurden Informationen auch bei Besprechungstreffen, bei den Schichtwechseln und in Kaffeepausen verbal weitergegeben. Für den Zugang zu den PatientInnen Daten wurde eine Einverständniserklärung eingeholt (vgl. ebd., 624-626).

Den Bezugsrahmen bei Thomas (vgl. 1991, 373, 380) bilden verschiedene theoretische Überlegungen zur Rolle der Pflege in den verschiedenen Organisationssystemen. Auch mit der Methodik zur Untersuchung der Wahrnehmung der Arbeit von Seiten der Pflegenden setzte sie sich auseinander und erkannte, dass sie auf die „multidimensionale Natur der Arbeit und der Arbeitsumgebung“ (ebd., 374) eingehen musste. Diesem Umstand versuchte sie mit der Wahl des Erhebungsinstruments gerecht zu werden. In der Publikation wurden keine genauen Kriterien genannt, nach welchen die Primary Nursing Stationen arbeiteten bzw. an welchen Definitionskriterien oder Kernelementen sie sich bei der praktischen Umsetzung des Primary Nursing Systems orientierten. Lediglich die vorherrschende Philosophie auf den Primary Nursing Stationen wurde beschrieben. Die Pflegearbeit wurde als holistisch und individualisiert beschrieben, und Grundlage dafür war eine kontinuierliche Zuteilung von Pflegeperson zu PatientIn. Da diese Darstellung jedoch erst in den Schlussfolgerungen erfolgte, kann nicht gesagt werden, ob eine ausführliche, theoretische Auseinandersetzung mit dem Primary Nursing System bei der Planung der Studie erfolgt ist.

Thomas (vgl. ebd., 373-374) wählte aus neun Langzeitpflegestationen (je drei arbeiteten nach dem Primary Nursing-, dem Gruppenpflege- und dem Funktionspflegesystem), je vier examinierte Pflegepersonen und vier Pflegehilfskräfte aus (zwölf je Pflegeorganisationssystem). Nach Wegfall zweier Personen aus Gruppenpflegeeinrichtungen (sie retournierten die Fragebögen nicht), gelangte sie zu einer Stichprobengröße von  $n = 70$ . In der Publikation wurde lediglich das Einschlusskriterium des Ausbildungsgrades angegeben (je Station wurden vier examinierte Pflegepersonen (Anm.: Qualified Nurses) und vier Pflegehilfskräfte (Anm.: Nursing Auxiliaries) befragt. Zur Zusammensetzung der Stichprobe wurden keine sonstigen Angaben gemacht. Bezüglich ethischer Fragen wurde lediglich angemerkt, dass alle teilnehmenden Personen ihr Einverständnis zur Teilnahme gegeben haben. Die Datensammlung erfolgte in einem Zeitraum von vier Wochen.

Thomas (vgl. ebd., 374) verwendete die „Work Environment Scale“ (WES) zur Datensammlung. Die WES wurde entwickelt, um das soziale Klima in verschiedenen Arbeitsumgebungen, unter anderem auch in Institutionen der Krankenversorgung, zu messen. Dabei werden Faktoren aus drei Bereichen erfragt:

1. Beziehungen zwischen den Pflegenden und Vorgesetzten;
2. Personalentwicklung und Zielorientierung in der Arbeit;
3. das Ausmaß an vorherrschender Struktur, Klarheit und Offenheit für Veränderung als Charakteristika einer Arbeitsumgebung.

Die erhobenen Daten ermöglichen ein Abbild verschiedenster Facetten der täglichen Arbeit und des Arbeitsumfeldes der Befragten. Über die Gütekriterien der WES wurden keine Angaben gemacht. Es wurde lediglich angemerkt, dass die Skala bis zu dem Zeitpunkt in Großbritannien kaum angewendet wurde.

### **7.3.2 Kritische Bewertung der qualitativen Studie**

Laakso und Routasalo (2001) verwendeten bei ihrer Untersuchung qualitative Methoden. Die kritische Bewertung dieser Studie erfolgt nach anderen Kriterien als jene der quantitativen Studien. Die Bewertung wird, wie auch schon bei den quantitativen Studien, nach den Kriterien von Lobiondo-Wood und Haber (vgl. 2005, 254) durchgeführt.

Die Identifizierung des Phänomens wird als erstes Kriterium der Bewertung qualitativer Studien bei LoBiondo-Wood und Haber (vgl. ebd.) genannt. Sie entsprechen somit dem ersten Kriterium von Slavin (1986) für die Bewertung von Studien, die in systematische Übersichtsarbeiten miteinbezogen werden.

Laakso und Routasalo (vgl. 2001, 476) arbeiteten mit dem Begriff Primary Nursing und nannten die PatientInnenzuteilung zu einer Pflegeperson, deren vollumfängliche Verantwortlichkeit für die Pflege der Patientin/des Patienten während dessen Aufenthalts und die autonome Entscheidungsfindung bezüglich der Pflegeplanung und -durchführung als Kriterien. Weiters verwiesen sie auf Studien, die in Setting Krankenhaus und Psychiatrie durchgeführt wurden und sich mit der weitgehend positiven Auswirkung eines Primary Nursing Systems auf Arbeitscharakteristika der Pflegenden beschäftigten.

Die Struktur der Studie als zu bewertendes Kriterium unterteilen LoBiondo-Wood und Haber (vgl. 2005, 254) in die Bereiche Forschungsfrage, Perspektive der



ForscherInnen, Auswahl der Stichprobe, Datensammlung, Datenanalyse und Beschreibung der Befunde. Somit entsprechen LoBiondo-Wood und Haber (2004) dem zweiten und dritten Kriterium nach Slavin (1986).

Bei Laakso und Routasalo (vgl. 2001, 477-481) wurde die Rolle der ForscherInnen in einem eigenen Kapitel ausführlich aufgearbeitet und reflektiert. Die Forschungsfrage wird bei Laakso und Routasalo nicht dezidiert ausgeführt. Die Stichprobe bestand aus zehn Pflegepersonen. Einschlusskriterium war, dass Pflegepersonen an der Untersuchung nur teilnehmen konnten, wenn sie in den letzten 12 Monaten auf der Station gearbeitet hatten. Aus diesen wurde dann eine randomisierte Auswahl getroffen. Die Daten wurden mittels fokussierter Interviews erhoben. Die Pflegenden wurden im Pflegeheim interviewt. Ein Interview dauerte durchschnittlich 34 Minuten und wurde am selben Tag bzw. am Tag danach transkribiert. Die Daten wurden reduziert, verarbeitet und die Schlussfolgerungen gezogen. Dabei wurden alle Aussagen zu den Veränderungen bezüglich ihrer Pflegearbeit, die nach Einführung des Primary Nursing Systems von den Pflegenden wahrgenommen wurden, zu der Position der PatientInnen, dem Verhältnis von Pflegenden und PatientInnen und Pflegenden und Angehörigen und den Tätigkeiten der Pflegenden im letzten Jahr herausgearbeitet. Die auf Grund der Ergebnisse gewonnenen Befunde, die im Diskussionsteil angeführt sind, beziehen sich auf die eingangs erwähnte theoretische Auseinandersetzung mit dem Konzept von Primary Nursing und es wird auf ähnliche Ergebnisse anderer Studien zur Auswirkung des Primary Nursing Pflegesystems aus anderen Settings verwiesen. Einen wichtigen Punkt bei der Bewertung von Untersuchungen im Praxisfeld stellt nach LoBiondo-Wood und Haber (vgl. 2005, 254) die Einhaltung ethischer Kriterien dar. Auch hierzu gab es in der Publikation ein eigenes Kapitel, in dem dargelegt wurde, dass alle Personen vor der Teilnahme befragt wurden, kein Zwang ausgeübt wurde und die Teilnehmer jederzeit aus der Studie ausscheiden konnten. Zudem wurde die Anonymität der Teilnehmer sichergestellt.

## **7.4 Ergebnisdarstellung**

Befragte Pflegende bei Suhonen et al (vgl. 2011, 6,8) gaben an, einen Hohen Grad der Individualisierung der Pflege wahrzunehmen. Ihnen wurde in allen untersuchten Settings die Möglichkeit eingeräumt, individualisierte Pflege anzubieten. Jedoch

bewerteten Pflegende in Pflegeheimen diese am geringsten. Auf Altenpflegestationen in Gesundheitszentren waren die Werte höher.

Es wurde ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Pflegenden im individualisierten Pflegesystem und ihrer Arbeitszufriedenheit festgestellt. Drei der vier Kriterien individualisierter Pflege, die mit Hilfe der ICI erhoben wurden, hatten einen positiven Zusammenhang mit dem Zustandekommen hoher Arbeitszufriedenheitswerte: Wissen über die Person, die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den PatientInnen und die Kommunikation innerhalb des Pflegepersonals. Zudem wurde ein positiver Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung von Autonomie im pflegerischen Handeln und der Arbeitszufriedenheit festgestellt (vgl. ebd., 6,8).

Die Auswertung der mittels der IWS erhobenen Daten ergab, dass Pflegende mit ihrem Gehalt, den Arbeitsanforderungen und den organisatorischen Rahmenbedingungen am wenigsten zufrieden waren. Positiv wurden die Wahrnehmung der professionellen Rolle, die Interaktionen sowie die Autonomie im pflegerischen Handeln bewertet. Die Autonomie und die organisatorischen Rahmenbedingungen beeinflussten die Wahrnehmung individualisierter Pflege signifikant am positivsten (vgl. ebd., 6,8).

McCormack et al. (vgl. 2010, 100-104) verzeichneten nach Einführung des personenzentrierten Pflegesystems einige statistisch signifikante, positive Veränderungen. Sowohl die gemessene persönliche Zufriedenheit als auch die professionelle Zufriedenheit stiegen signifikant. Interessant dabei ist, dass die entscheidenden Einflussfaktoren für die Zufriedenheit zu Beginn der Untersuchung die Zufriedenheit mit dem Gehalt und mit der Weiterbildung waren. Das Gehalt wurde während der Untersuchung nicht erhöht. Externe Weiterbildungen wurden ebenfalls nicht bezahlt. (Anm.: Irland hatte zum Zeitpunkt der Erhebung ernste finanzielle Probleme aufgrund der Banken- und Staatsschuldenkrise, weswegen jegliche externe Weiterbildungsprogramme nicht bezahlt und auch keine Gehaltserhöhungen durchgeführt wurden), und trotzdem stieg die Zufriedenheit mit Bezahlung und Weiterbildung und in Folge dessen die Arbeitszufriedenheit. McCormack et al (2010) schlossen daraus, dass Weiterbildungen, die in der Praxis, in der gearbeitet wird, dazu beitragen, die persönliche und die professionelle Zufriedenheit zu erhöhen, und dass diese nicht allein vom Gehalt abhängt. Persönliche und professionelle

Zufriedenheit beeinflussen die Arbeitszufriedenheit im Allgemeinen. Zwar stieg Arbeitszufriedenheit auch, jedoch nicht signifikant. Auch erkannten sie, dass der Zugang zur Weiterbildung die Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten (Anm.: career development) beeinflusst. Denn die Zufriedenheit mit den Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten entwickelte sich ebenfalls signifikant positiv im Laufe der Untersuchung.

Die Zufriedenheit mit der Personalbesetzung, die zu Beginn der Untersuchung am negativsten bewertet wurde, verzeichnete im Laufe der drei Erhebungszeitpunkte die größte positive Veränderung, obwohl kein zusätzliches Personal eingestellt wurde. Die Veränderungen in der Organisation führte dazu, dass das bestehende Pflegepersonal effektiver zusammenarbeitete und so eine bessere Arbeitsaufteilung erreicht wurde, was sich in einer größeren Zufriedenheit mit der Personalbesetzung widerspiegelte. Auch kam es zu einer, wenn auch nicht signifikanten, Reduktion der Arbeitsbelastung (vgl. ebd., 100).

Pflegende zeigten eine signifikant stärkere Bindung an die Institution, die Intention den Beruf zu wechseln nahm signifikant ab. Die Wahrnehmung des Arbeitsumfeldes von Seiten der Pflegepersonen wurde durch die Einführung des personenzentrierten Pflegeorganisationssystems positiv beeinflusst. Selbst jene, im Nursing Context Index (NCI) abgefragten Faktoren, die keine signifikanten Veränderungen aufwiesen, wiesen positive Tendenzen im Sinne der Pflegenden auf. So wurde eine leichte, jedoch nicht signifikante Reduzierung der Arbeitsbelastung festgestellt. Gestiegen ist auch die Zufriedenheit mit dem Einfluss auf das Geschehen in der Arbeit und mit dem Vertrauen, das Vorgesetzte in die Entscheidungen der einzelnen Pflegenden legten (vgl. ebd., 100).

Die gewonnenen Daten von Berkhout et al. (2004, 627-629) zeigten, dass die Umsetzung des personenzentrierten Pflegeorganisationssystems nur teilweise gelang. Bezüglich der PatientInnenzuteilung konnte eine, wenn auch nicht signifikante Steigerung im Vergleich mit den Kontrollgruppen erzielt werden. Jedoch zeigten die Beobachtungen, dass trotzdem Pflegehandlungen nicht von der Primary Nurse selbst, sondern von verschiedenen Pflegenden durchgeführt wurden, also eher vergleichbar mit der Durchführung der Pflege in einem Funktionspflegesystem. Es gab eine signifikante Steigerung was die Umsetzung des Pflegeprozesses betraf, jedoch konnte er nicht vollkommen implementiert werden. Grund dafür waren die oftmals nicht vollständigen Pflegepläne. Auch wurde die Aufmerksamkeit in Zeiten

hohen Arbeitsdrucks auf die Grundpflege gelegt. Die Beobachtungen legten nahe, dass in diesen Phasen die personenorientierte Pflege nicht nach allen Kriterien umgesetzt werden konnte. Auch wurde die Pflege nicht immer wie zuvor geplant umgesetzt (vgl. ebd., 629).

Bezüglich der Autonomie in der Durchführung der Pflege konnte aus den quantitativ erhobenen Daten kein eindeutiger Unterschied zu den Kontrollstationen festgestellt werden. Weiters konnte keine Steigerung der Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation festgestellt werden. Lediglich die Anzahl der Tage, an denen Pflegende aufgrund von Krankheit der Arbeit fernblieben, verringerte sich geringfügig (vgl. ebd., 629).

Die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen mittels Interviews und Beobachtungen legen auch einige Gründe für die nur teilweise erreichte Umsetzung des personenorientierten Pflegesystem bzw. der in den Hypothesen formulierten positiven Effekte offen. Neben einer teilweise weiterbestehenden Arbeitsteilung wie sie im vormals praktizierten Funktionspflegesystem bestanden hat, erfolgte oftmals keine Delegation der Koordinierungsaufgaben an die Pflegenden. Berkhout et al. (2004) machten dafür die vormals bestehende Hierarchie in den Institutionen sowie den maßgeblichen Einfluss anderer Professionen verantwortlich (vgl. ebd. 630).

Die qualitativen Ergebnisse brachten noch weitere interessante Ergebnisse zu Tage. In den Interviews zeigte sich, dass die Pflegenden ihre Arbeit als attraktiver nach der Einführung des personenzentrierten Pflegeorganisationssystems empfunden haben. Vorwiegend darum, weil sie mehr Verantwortung übertragen bekommen haben und die Qualität der Pflege gestiegen ist. Daraus schlossen die Autoren, trotz der quantitativen Daten, die kaum Veränderungen vermuten lassen, dass ein personenorientiertes Pflegesystem einen gewissen positiven Wert für Pflegende darstellt (vgl. ebd. 631).

Bei dem Vergleich von Thomas (vgl. 1992, 376-379) zeigte sich, dass das Primary Nursing Pflegeorganisationssystem die positivsten Auswirkungen auf die Pflegenden hatte. Sie kam in Ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass sowohl diplomierte Pflegepersonen (Anm.: Qualified Nurses) als auch Pflegehilfskräfte (Anm.: Nursing Auxiliaries) größere Autonomie empfanden als Pflegende im Funktionspflege- oder im Gruppenpflegesystem. Die Autorin sah hierin einen Zusammenhang mit der übertragenen Verantwortung, die mit der Einführung des Primary Nursing Systems einherging, und wo die Primary Nurse vollumfänglich verantwortlich für die Pflege der

ihr zugeteilten PatientInnen war. Das Mehr an Autonomie spiegelt sich auch darin wieder, dass Vorgesetzte weniger Kontrolle über die Arbeit der Pflegenden ausübten. Die Autorin sah in der übertragenen Verantwortung eine Ursache für die stärkere Bindung an den Beruf, die auf den Primary Nursing Stationen gemessen wurde.

Bezüglich der Arbeitsbelastung zeigte sich, dass Pflegende die im Primary Nursing System arbeiteten, weniger Arbeitsdruck erfuhren als jene, die in Gruppenpflegesystemen arbeiteten. Der Vergleich mit Pflegenden aus dem Funktionspflegesystem ergab keine nennenswerten Unterschiede bezüglich der Arbeitsbelastung, obwohl weniger Pflegepersonal auf den Gruppenpflege- und Funktionspflegestationen vorhanden war als auf den Primary Nursing Stationen. Thomas kam zu dem Schluss, dass neben der Personalbesetzung auch andere Faktoren starke Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung haben (vgl. ebd., 377).

Auf den Stationen, die nach dem Primary Nursing System arbeiteten, erhielten Pflegende einen größeren Grad an Unterstützung von Seiten der Vorgesetzten als auf den Vergleichsstationen. Auch die Mitwirkungsmöglichkeit (im Sinne von Teilhabe an Pflege- und Entscheidungsprozessen) war für Pflegende im Primary Nursing System größer als im Funktionspflegesystem, was zu einer stärkeren Bindung an den Beruf führte. Die Autorin sah hierbei einen Zusammenhang mit der übertragenen Verantwortung. Ein Vergleich mit Pflegenden im Gruppenpflegesystem wurden zu diesem Punkt nicht angestellt bzw. wurden keine Angaben dazu gemacht (vgl. ebd., 377).

Insgesamt empfanden Pflegende im Primary Nursing System das Arbeitsumfeld als dynamisch und sich ständig entwickelnd. Dadurch ergab sich für die Pflegenden die Möglichkeit, in ihrem pflegerischen Handeln neue, innovative und auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen ausgerichtete Herangehensweisen auszuprobieren, die Veränderungen zum Wohl der PatientInnen versprachen. Die führte dazu, dass Pflegende positive Veränderungen bei den PatientInnen als direkte Folge ihres persönlichen Handelns ansahen. Auf den Funktionspflegestationen wurde dies nicht so wahrgenommen (vgl. ebd., 378).

Die Ergebnisse von Thomas (vgl. ebd., 379-380) geben auch Aufschluss über die Zusammenarbeit zwischen examinierten Pflegenden und Pflegehilfskräften (disziplinäre Zusammenarbeit). Diese wurde auf den Primary Nursing Stationen im Gegensatz zu den Gruppenpflege- und Funktionspflegestationen intensiv gepflegt. Es gab eine enge Zusammenarbeit zwischen Primary Nurse und Pflegehilfskräften,

wenn es um die Pflege der ihnen zugeteilten PatientInnen ging (die Pflegehilfskräfte arbeiteten in Teams mit den Primary Nurses). Die Pflegehilfskräfte wurden vollständig in die Pflege der ihnen zugeteilten PatientInnen miteinbezogen und konnten auch ohne Aufsicht durch eine Primary Nurse arbeiten, wodurch ebenfalls ihre Mitwirkungsmöglichkeiten höher waren als jene der Pflegehilfskräfte auf Gruppen- und Funktionspflegestationen. Sie hatten zudem Teil an den innovativen Prozessen auf der Station, wurden in Entscheidungsprozesse miteinbezogen und erfuhren Wertschätzung von Seiten der Primary Nurses. Ermöglicht wurde dies durch die klar formulierte und artikulierte Philosophie, die auf der Station herrschte und die sowohl diplomierte Pflegenden als auch die Pflegehilfskräfte mit einschloss.

Die Ergebnisse der Studie von Laakso und Routasalo (2001) sind als Ergänzung zu den vier anderen Studien zu sehen, da aufgrund des qualitativen Designs die Ergebnisse nicht repräsentativ sind. Durch die mehr in die Tiefe gehenden Daten können jedoch einzelne Aspekte, die in den anderen Studien nicht thematisiert wurden, zum Vorschein kommen, welche für die zu ziehenden Schlussfolgerungen von Bedeutung sein können, ähnlich der Studie von Berkhout et al. (2004), in der durch die Methodentriangulation die quantitativen Ergebnisse durch die qualitativ ermittelten Daten ergänzt bzw. relativiert wurden.

Die befragten Pflegenden waren bezüglich der durch die Einführung des Primary Nursing Systems eingetretenen Veränderungen im Pflegeheim nicht immer einer Meinung. Konsens gab es jedoch darin, dass sie seit der Einführung mehr Zeit mit den PatientInnen verbringen konnten und sie auch mehr als Individuen betrachten und pflegen konnten. Auffällig stach für die ForscherInnen auch die Bemerkung einiger Pflegenden hervor, dass der Fokus der Arbeit nun mehr auf die PatientInnen gelegt werden konnte und vormals ihnen aufgebürdete Tätigkeiten, wie Gerätewartung und Reinigung, in den Hintergrund traten. Zudem konnten die Pflegenden mehr auf die Wünsche der PatientInnen eingehen und sie in die Entscheidungsfindung mehr einbeziehen. Allgemein stach aus den Interviews das veränderte Bild der PatientInnen hervor, weg von der Betrachtung als Objekt hin zur Betrachtung als menschliches Individuum. Es zeigte sich, dass die Pflegenden mehr Autonomie im pflegerischen Handeln wahrnahmen, da sie eigenständig Entscheidungen treffen konnten. Die damit verbundene Verantwortung wurde sehr positiv wahrgenommen. Durch die Verantwortung für die gesamte Pflege für eine begrenzte Anzahl von PatientInnen verlagerte sich die Konzentration auf die

individuellen Bedürfnisse der PatientInnen. Dies resultierte in einer höher empfundenen Zufriedenheit. Hierzu hat auch der größere Grad an Anerkennung, den die Pflegenden in Form von Vertrauen und Respekt von Seiten der PatientInnen erfuhren, beigetragen. Interessant ist hier auch das Bild der Angehörigen der PatientInnen von den Pflegenden. Die Angehörigen empfanden, dass die Pflegenden nach der Einführung des Primary Nursing Systems höhere Erwartungen in und Ansprüche an ihre Arbeit hatten. Geteilt waren die Meinungen über die Veränderungen bezüglich des Arbeitsklimas. Laakso und Routasalo (2001) interviewten Pflegende von zwei Stationen. Auf Station eins, so die einheitliche Meinung, kam es vermehrt zu Missverständnissen nach der Einführung und einige Pflegende hatten das Gefühl, mehr arbeiten zu müssen als andere. Auf Station zwei war die einheitliche Meinung, dass der Zeitdruck abnahm, allgemein war die Atmosphäre entspannter und die Beziehungen unter den Pflegenden intensivierten sich. Eine weitgehend von allen Befragten geteilte Meinung war, dass ihre Professionalität durch das Training vor Einführung des Systems gestiegen ist (vgl. ebd., 479-481).

Doch zeigten sich auch negative Veränderungen abseits der schon genannten Spannungen auf Station eins. So nahmen einige der befragten Pflegenden eine Steigerung des Arbeitspensums und der Arbeitsbelastung wahr. Die Autoren zogen Vergleiche mit anderen empirischen Ergebnissen und bejahten dies. Der Grund dafür dürfte ihrer Meinung nach der Prozess der Umstellung an sich gewesen sein, der oftmals zu erhöhter Arbeitsbelastung führt (vgl. ebd., 481).

## 8 Diskussion

---

Im Fokus der vorliegenden Arbeit stand der Einfluss personenzentrierter Pflegeorganisationssysteme auf die Attraktivität der Arbeit als diplomierte Pflegende im stationären Langzeitpflegebereich. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Primärstudien auf die Forschungsfrage dieser Arbeit bezogen. Zum besseren Verständnis wird diese nochmals dargestellt:

Inwiefern beeinflusst ein personenzentriertes Pflegeorganisationssystem die Attraktivität der stationären Langzeitpflege für diplomierte Pflegepersonen?

Bei der Darstellung der Ausgangslage wurden Indikatoren und Faktoren ermittelt, die die Attraktivität der stationären Langzeitpflege in Österreich beeinflussen. Die gefundenen Studien liefern nicht zu allen genannten Indikatoren und Faktoren Ergebnisse, dafür werden jedoch noch weitere Auswirkungen, die die Arbeit in einem personenzentrierten Pflegesystem auf das diplomierte Pflegepersonal hat, angeführt. Die Ergebnisse der quantitativen Studien werden nun getrennt dargestellt, bezogen auf die verschiedenen Indikatoren und Faktoren, um Rückschlüsse ziehen zu können und die Forschungsfrage zu beantworten. Die Ergebnisse der qualitativen Studie von Laakso und Routasalo (2001) weisen nicht die gleiche Reichweite auf wie jene der quantitativen Studien. Jedoch sind sie ein wertvoller Beitrag, der zum vertiefenden Verständnis der quantitativen Ergebnisse beiträgt. Trotz der geringen Zahl an gefundenen Studien, die den Einschlusskriterien entsprechen, sind gewisse Tendenzen erkennbar, welche Auswirkungen die Arbeit in einem personenzentrierten Pflegesystem auf diplomierte Pflegende hat.

Der Personalbedarf scheint eines der vorwiegendsten Probleme in Österreich darzustellen (vgl. Krajcic & Nowak, 2003, 6; Simsa et al., 2004, 498). Den Zusammenhang zwischen der Arbeit in einem personenzentrierten Pflegesystem und der Personalbesetzung untersuchten nur McCormack et al (vgl. 2010, 100). Sie kamen zu dem Ergebnis, dass durch die Umstellung auf ein personenzentriertes Pflegesystem die Zufriedenheit mit der Personalbesetzung gestiegen ist, und zwar signifikant. Konkret drückte es sich darin aus, dass Pflegende der Meinung waren, genügend Pflegende sind zu jeder Zeit anwesend, um alle Aufgaben zu erledigen. Ursächlich verantwortlich dafür war nicht etwa, dass mehr Personal angestellt wurde, sondern die effektivere Arbeitsaufteilung. Dies resultierte auch in einer verringerten



Wahrnehmung der Arbeitsbelastung, wenn auch diese nicht signifikant ausfiel. Auch die Ergebnisse von Thomas (vgl. 1992, 377) weisen darauf hin, dass die Belastung nicht alleine von der Personalbesetzung abhängt. So wiesen Pflegende auf Funktionspflegestationen vergleichbare Belastungswerte auf wie jene auf Primary Nursing Stationen, obwohl das Verhältnis von Pflegenden zu PatientInnen geringer war. Den Arbeitsdruck empfanden Pflegende auf den Primary Nursing Stationen geringer als Pflegende auf den Vergleichsstationen.

Die Daten von Laakso und Routasalo (vgl. 2001, 481) weisen ebenfalls auf eine Senkung der Arbeitsbelastung hin. So nahm der Zeitdruck für Pflegende nach der Umstellung auf das Primary Nursing System ab, zumindest auf jener Station, auf der die Einführung des neuen Systems nicht zu vermehrten Missverständnissen führte.

Die effektivere Arbeitsaufteilung kann als ein Grund für die Wahrnehmung von weniger Arbeitsbelastung betrachtet werden. Betrachtet man die anderen Ergebnisse, so scheint es jedoch vielmehr, dass durch die Arbeit in einem personenzentrierten Pflegesystem grundlegenderen Aspekten der Pflegearbeit Rechnung getragen wird und darin ihre Stärke liegt.

Eine zentrale Rolle nimmt hierbei der Beziehungsaspekt in der Pflege ein. Pohlmann (vgl. 2005, 23-28) hat sich ausführlich mit diesem auseinandergesetzt. In der stationären Langzeitpflege besteht die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten meist langfristig (vgl. Bauer, 2001, 212), worauf der Name schon hinweist und worin auch eine Besonderheit der Pflegearbeit in diesem Bereich liegt, der die Arbeit entscheidend mitbestimmt.

Um eine Beziehung aufbauen und allen Aspekten der Beziehung gerecht werden zu können, bedarf es einerseits genügend Zeit. Die Ergebnisse von Laakso und Routasalo (vgl. 2001, 480), aber auch von Thomas (vgl. 1992, 380) weisen darauf hin, dass Pflegende, die in einem personenzentrierten Pflegesystem arbeiten, mehr Zeit mit der Pflege der Patienten verbringen können im Vergleich zur Arbeit in einem Gruppen- oder Funktionspflegesystem und somit mehr Zeit haben, um eine Beziehung aufzubauen. Zudem entspricht dies mehr der grundlegenden Intention den Beruf zu ergreifen (vgl. Krajic & Nowak, 2003, 31), wodurch Erwartungen an den Beruf vermutlich mehr entsprochen wird.

Im Weiteren sind die Autonomie im pflegerischen Handeln und die Übernahme von Verantwortung für die Pflege bedeutend für die Erfüllung der verschiedenen Aspekte einer Beziehung zwischen Pflegenden und PatientInnen. Auf den positiven Effekt von

Verantwortung verweisen Laakso und Routasalo (vgl. 2001, 480). Durch die Übernahme von Verantwortung für eine begrenzte Anzahl von PatientInnen verlagerte sich die Konzentration auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen mit positiven Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit. Es profitieren also sowohl Pflegende als auch Patienten von der Übernahme der Verantwortung durch die einzelnen Pflegenden. Zudem stellten Laakso und Routasalo (vgl. ebd., 480) fest, dass die Pflegenden unabhängiger arbeiten konnten, was die Pflegenden in der Wahrnehmung von mehr Autonomie äußerten. Unabhängig arbeiten zu können ermöglicht es, auf individuelle Bedürfnisse der PatientInnen eingehen zu können. Auf die Bedeutung von Autonomie für die Attraktivität einer Arbeitstätigkeit weisen auch Neuburger (1985, zit.n. Frieling & Sonntag, 1999, 277) und Dunckel (1996, zit.n. Frieling & Sonntag, 1999, 276) in ihren Humanisierungszielen hin.

Thomas (1992) kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Pflegende mehr Autonomie und Verantwortung im Vergleich zu Pflegenden in Gruppen- und Funktionspflegesystemen wahrnehmen. Die wahrgenommene Verantwortung bezog sich dabei nicht nur auf die Pflege der ihnen zugeteilten PatientInnen, sondern auch auf die Kommunikation mit Angehörigen und den anderen Pflegenden, die in die Versorgung involviert waren. Auf den Vergleichsstationen hatten die Stationsleiter die volle Verantwortung für die Pflege und die Pflegenden erfuhren einen geringeren Grad an Autonomie.

McCormack et al. (vgl. 2010, 99-100) erhoben zwar nicht konkret, wie stark Autonomie wahrgenommen wurde. Jedoch erfragten sie über die NCI verschiedene Faktoren, die inhaltlich auf Autonomie im pflegerischen Handeln hinweisen (so zum Beispiel das Vertrauen der Vorgesetzten in die Entscheidung der Pflegenden, das Ausmaß, in dem Pflegende ihre Fähigkeiten einsetzen können und dürfen) und die alle positive bis signifikant positive Ergebnisse lieferten. Auch bei Suhonen et al. (vgl. 2011, 8) wurde Autonomie in einem hohen Grad wahrgenommen.

Keine Veränderungen bezüglich der Wahrnehmung von Autonomie zeigten sich nach Auswertung der quantitativ erhobenen Daten bei Berkhout et al. (vgl. 2004, 629-631). Die qualitativen Erhebungen zeigten jedoch, dass die Pflegenden eine höhere Verantwortung wahrnahmen. Berkhout et al. (2004) machen darauf aufmerksam, dass die Umsetzung der Prinzipien des personenzentrierten Pflegekonzepts nicht vollständig gelungen ist. Als grundlegendes Problem sahen sie die schon lange bestehenden Hierarchien in der Institution an, die einem Aufbau an Autorität der

Pflegenden entgegenstanden und so Veränderungsprozesse behinderten. Genauso verhielt es sich mit dem maßgebenden Einfluss anderer Professionen. Vermutlich kam es dadurch zu keinerlei Veränderung in der Wahrnehmung von Autonomie. Es wurde teilweise weiter wie im vormals praktizierten Funktionspflegesystem gearbeitet.

Ein weiterer grundlegender Aspekt in der Pflegearbeit, neben dem Beziehungsaspekt, ist jener nach Anerkennung. Neuberger (1985, zit.n. Frieling & Sonntag, 1999, 277) weist in den Humanisierungszielen darauf hin, dass Anerkennung zur Attraktivität einer Arbeitstätigkeit beiträgt.

Dazu, ob die Anerkennung von Seiten der PatientInnen durch die Arbeit in einem personenzentrierten Pflegesystem steigt, kann keine eindeutige Aussage aus den Ergebnissen der Einzelstudien getroffen werden, da dies meist nicht erhoben wurde. Zwar weisen die Ergebnisse von Laakso und Routasalo (vgl. 2001, 481) darauf hin, dass dies der Fall ist, jedoch kann auf Grund des qualitativen Studiendesigns kein allgemeiner Schluss daraus gezogen werden. Ebenso verhält es sich mit der Anerkennung von Seiten der Angehörigen. Zwar erkannten Laakso und Routasalo (vgl. ebd, 481) in den Angehörigeninterviews, dass die Angehörigen eine Veränderung in der Arbeit der Pflegenden wahrnahmen – Pflegende stellen ihrer Meinung nach mehr Ansprüche und Erwartungen an ihre Arbeit – jedoch sind diese Aussagen nicht verallgemeinerbar. Zur Anerkennung von Seiten anderer Professionen wurden ebenfalls keine Angaben gemacht. Die Anerkennung bzw. Wertschätzung von Seiten der ÄrztInnen ist in Österreich nicht besonders hoch, worauf Jelenko et al. (vgl. 2007, 125) hinweisen. Auch über den Einfluss personenzentrierter Pflegesysteme auf die gesellschaftliche Anerkennung (Image) können keine Aussagen getroffen werden. Die Ergebnisse der Einzelstudien geben jedoch Hinweis auf eine größere Anerkennung von Seiten der Vorgesetzten und zudem werden weitere Ergebnisse präsentiert, die Aufgaben der Vorgesetzten bzw. von Personen in Leitungspositionen betreffen. Wie schon im Theorieteil erwähnt, spielen Vorgesetzte bzw. Personen in Leitungspositionen für die Attraktivität des Berufs eine große Rolle. Sie tragen mit ihren Entscheidungen und ihrem Verhalten entscheidend zur Wahrnehmung des Arbeitsumfeldes bei. Eine unklare Führung, fehlende Wertschätzung und fehlende Unterstützung von Seiten der Vorgesetzten führen oftmals zu Unzufriedenheit (vgl. Niederbacher 2000, 53, zit.n. Krajic & Nowak, 2003, 31).

Die Ergebnisse von McCormack et al. (vgl. 2010, 99,101) und Thomas (vgl. 1992, 377) zeigen, dass in personenzentrierten Pflegesystemen die Anerkennung in Form von Wertschätzung von Seiten der Vorgesetzten gestiegen ist. Bei beiden Studien vertrauten die Vorgesetzten auf die Entscheidungen der Pflegenden und ermöglichten ihnen größere Autonomie im pflegerischen Handeln.

Bei Thomas (vgl. 1992, 377-378) zeigte sich, dass Pflegende auf den Primary Nursing Stationen einen größeren Grad an Unterstützung von Seiten der Vorgesetzten erfuhren als Pflegende auf Gruppen- und Funktionspflegestationen. Ebenso verhielt es sich mit der Möglichkeit, Einfluss auf Entscheidungen zu haben. Auch wurden die Pflegenden ermutigt, innovativ in ihrer Arbeit vorzugehen, was dazu führte, dass sie Ergebnisse bei den PatientInnen als Folge ihres Handelns betrachten konnten. Auf den untersuchten Primary Nursing Stationen erfolgte auch eine klare Formulierung der Arbeitsprinzipien. Alle Pflegenden wurden darin miteinbezogen. Besondere Auswirkung hatte das auf die Arbeit der Pflegehilfskräfte. Sie wurden von den Primary Nurses voll in die Entscheidungsprozesse mit einbezogen, erfuhren so große Anerkennung und konnten auch selbständiger arbeiten als Pflegegehilfen auf den Vergleichsstationen mit Gruppen- oder Funktionspflegesystem.

Bei McCormack et al. (vgl. 2010, 99,101) zeigte sich über alle drei Erhebungszeitpunkte, dass die Zufriedenheit mit dem Arbeitsumfeld nach Einführung des personenzentrierten Pflegesystems gestiegen ist. Die Zufriedenheit mit dem Arbeitsumfeld wurde über die Bewertung von Items in allen Kategorien des NCI festgestellt, somit dementsprechend umfassend erfasst. So stieg speziell auch die Zufriedenheit mit dem Respekt und der fairen Behandlung von Seiten der Vorgesetzten signifikant an (gemessen in der Kategorie „professional satisfaction“). Laakso und Routasalo (vgl. 2001, 481) verwiesen auf das bessere Arbeitsklima und die bessere Zusammenarbeit unter den Pflegenden.

Bei der Darstellung der Ausgangslage in Kapitel sechs wurde zwischen Indikatoren und Faktoren unterschieden. An den Indikatoren wird die Attraktivität des Berufs bemessen, Faktoren beeinflussen die Attraktivität. Die Indikatoren können als das Ergebnis der Summe der einzelnen Faktoren und ihrer Ausprägungen betrachtet werden. Diese Betrachtung wird in den analysierten Studien bestätigt. Ein genannter Indikator war eine kurze Berufsverweildauer, die in der Forschung auch unter dem Begriff der Personalfluktuation, der Bindung an den Beruf oder der Intention, den

Beruf zu verlassen, untersucht wird. Der zweite Indikator war die Arbeitszufriedenheit. In der bisherigen Diskussion wurde der Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit schon teilweise angeschnitten. Nun wird näher darauf eingegangen.

Einen positiven Einfluss der Arbeit in einem personenzentrierten Pflegesystem auf die Arbeitszufriedenheit stellten Suhonen et al. (vgl. 2011, 6) fest. Am stärksten wird dabei die Arbeitszufriedenheit durch Wissen über die Person der Patientin/des Patienten, die Kommunikation zwischen den Pflegenden und die Kommunikation im Pflgeteam beeinflusst. Es zeigte sich zudem ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung von Autonomie und dem Zustandekommen von Arbeitszufriedenheit.

McCormack et al. (vgl. 2010, 100, 104) stellten eine signifikante Zunahme der Arbeitszufriedenheit fest. Sie bemerkten eine Zunahme der Zufriedenheit mit vielen verschiedenen Aspekten, die durch die Umstellung auf ein personenzentriertes Pflegesystems erreicht wurde. Am signifikantesten fiel dabei die Zufriedenheit mit der Personalbesetzung aus, und dies, obwohl kein zusätzliches Personal eingestellt wurde, sondern sich lediglich die Arbeitsteilung im neuen System effektiver gestaltete. Interessant ist hierbei der signifikante Anstieg, der in der Kategorie Training und Weiterbildung erzielt wurde. Auch hier wurden nicht mehr Angebote ermöglicht, sondern alleine die Umstellung in der Arbeitsorganisation hat bewirkt, dass sie als Weiterbildung in der Praxis von den Pflegenden wahrgenommen wurde. Gleichzeitig mit der Zunahme der Zufriedenheitswerte kam es zu einer signifikant stärkeren Bindung an den Beruf und einer signifikanten Abnahme der Intention, den Beruf zu verlassen.

Der Einfluss des Primary Nursing Systems auf die Zufriedenheit der Pflegenden kommt auch bei Laakso und Routasalo (vgl. 2010, 481) klar zum Vorschein. In Interviews nannten Pflegende die vermehrte Zeit mit den PatientInnen als einen Grund dafür. Indem sie mehr auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen eingehen konnten, erfuhren sie mehr Anerkennung. Zudem machte die Arbeit mehr Freude und wurde als Herausforderung betrachtet.

Interessant sind auch die Aussagen der Pflegenden in den Interviews bei Berkhout et al. (vgl. 2004, 631). Obwohl aus den quantitativen Erhebungen keinerlei nennenswerte Verbesserungen gewisser Arbeitscharakteristika festgestellt werden konnten, wurde die Arbeit nach Einführung des neuen Organisationssystems als

attraktiver empfunden. Die Pflegenden nannten als vorwiegenden Grund die übertragene Verantwortung.

Auch die Zufriedenheit mit dem Gehalt wurde in zwei Studien erhoben. Bei Suhonen et al. (vgl. 2011, 8) zeigte sich, dass Pflegende, die im personenzentrierten Pflegesystem arbeiten, unzufrieden waren mit ihrem Gehalt, was Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit hatte. Eine größere Zufriedenheit mit dem Gehalt zeigte sich am Ende der Untersuchung von McCormack et al. (vgl. 2010, 101). Die Zufriedenheit steigerte sich sogar signifikant und bezeichnet einen jener Aspekte, welcher die größten gemessenen Veränderungen über den gesamten Untersuchungszeitraum aufzeigten, neben der signifikant gestiegenen Zufriedenheit mit der Weiterbildung und der Personalbesetzung und einer signifikanten Abnahme der Intention, den Beruf zu verlassen.

## 9 Schlussfolgerungen

---

Der stationäre Langzeitpflegebereich leidet unter einer geringen Attraktivität. Es besteht enormer Personalbedarf, der aufgrund eines zu erwartenden Anstiegs pflegebedürftiger Menschen in Zukunft weiter zunehmen wird. Doch schon jetzt ist das Interesse von Pflegenden, in diesen Bereich einzusteigen, gering, ebenso wie jenes von jungen Menschen in Ausbildung zum Pflegeberuf. Zudem wird dem gesamten Pflegebereich eine kurze Berufsverweildauer nachgesagt, was Studien auch zum Teil bestätigen. Gesichert erscheint die Erkenntnis, dass Pflegenden im stationären Langzeitpflegebereich einer enormen Belastung unterliegen und mit ihrer Arbeitssituation erheblich unzufriedener erscheinen, als andere Berufsgruppen, speziell auch als andere Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen (vgl. Simsa et al., 2004, 507; Feldmann, 2007). Es erscheint daher angebracht, sich mit der Attraktivität dieses Bereichs vermehrt auseinanderzusetzen.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit möglichen Auswirkungen personenzentrierter Pflegeorganisationssysteme auf Faktoren, die die Attraktivität der stationären Langzeitpflege beeinflussen – Faktoren, die auf allen Ebenen des komplexen Versorgungssystems wirken, denn die Attraktivität der Arbeit in diesem Bereich wird, wie im theoretischen Teil dargestellt, von allen Ebenen beeinflusst. Mittels einer systematischen Übersichtsarbeit sollte der Einfluss der personenzentrierten Pflegesysteme auf die Attraktivität ermittelt werden, und auch wenn die Aussagekräftigkeit aufgrund der geringen Anzahl an Studien, die gefunden wurden und den Einschlusskriterien entsprochen haben, mäßig ausfällt, so weisen deren Ergebnisse darauf hin, dass personenzentrierte Pflegesysteme einen positiven Einfluss auf die Attraktivität der Arbeit in diesem Bereich haben.

Entscheidend für das Erzielen von positiven Änderungen im Sinne der Attraktivität der Pflegearbeit scheint das Ermöglichen von Autonomie und Verantwortung in der pflegerischen Arbeit zu sein, sowie eine wertschätzender und anerkennender Führungsstil von Seiten der Vorgesetzten.

Von besonderer Bedeutung zur Bewertung des Einflusses personenzentrierter Pflegekonzepte erscheinen die Ergebnisse der Untersuchung von McCormack et al. (2010). Zum einen, weil das Studiendesign so gewählt wurde, dass verallgemeinerbare Rückschlüsse ermöglicht werden. Die Stichprobe erscheint groß

genug, die drei Erhebungsinstrumente, jedes sehr umfangreich und speziell für die Untersuchung personenzentrierter Pflege konstruiert, weisen gute Werte bezüglich der Validität auf und das Längsschnittdesign mit den drei Erhebungszeitpunkten zu Beginn, in der Mitte und zum Ende der Untersuchung scheint optimal gewählt, um Veränderungen festzustellen und diese auch auf das personenzentrierte Pflegesystem zurückführen zu können. Zum anderen stellte sich bei der Analyse der Ergebnisse der Untersuchung von McCormack et al. (2010) heraus, dass ein interessantes Merkmal genannt wurde, welches eine Betrachtung der Ergebnisse auch unabhängig von ökonomischen Tatsachen ermöglicht und somit mehr an Bedeutung für Personen in Entscheidungspositionen bekommen könnte. Zur Erklärung: Seit 2008 herrscht in Europa eine schwere Wirtschaftskrise, unter der auch die Staatsfinanzen schwer leiden. In internationalen Medien wird von der schwersten Krise seit 50 Jahren gesprochen (vgl. Neue Züricher Zeitung 2009, Der Standard 2012). McCormack et al. (vgl. 2010, 94) führten ihre Studie in den Jahren 2007 bis 2009 in 18 staatlichen Langzeitpflegeeinrichtungen durch. In diesen Jahren waren die Finanzen des irischen Staates besonders unter Druck. Die positiven Ergebnisse kamen zustande, ohne dass es zu einem finanziellen Mehraufwand kam. Der Staat Irland genehmigte keine Mehrausgaben im Bereich der Pflege. Daher scheinen die Ergebnisse dieser Studie auch von Bedeutung für Österreich, denn auch in Österreich ist ein Großteil der Ausgaben für den Pflegebereich von staatlicher Seite finanziert und auch die österreichischen Staatsfinanzen sind im Zuge der Wirtschaftskrise unter Druck geraten.

## **9.1 Empfehlungen für die Praxis**

Die im Folgenden dargestellten Empfehlungen sind weniger für die in der direkten Pflege tätigen Personen gedacht, als mehr für Personen in Entscheidungspositionen. Diese Empfehlungen bauen auf den in der Diskussion dargestellten Ergebnissen auf. Es werden Empfehlungen für Personen in Entscheidungspositionen auf Meso- und Makroebene gegeben. Zudem werden Hinweise auf Zusammenhänge gegeben, die einer faktenbasierten Interpretation entsprechen, die aus der Diskussion und der Ergebnisdarstellung entsprungen sind.

Im Sinne der Attraktivitätssteigerung der stationären Langzeitpflege, erscheint eine Umsetzung eines personenzentrierten Pflegekonzepts sinnvoll. Das Konzept sollte im vollen Umfang umgesetzt werden, um den gewünschten Erfolg zu erzielen. Vor



der Umsetzung sollte eine Bewusstseinskampagne gestartet werden und so die Bedeutung und die Philosophie patientenzentrierter Pflegekonzepte allen Mitarbeitern der jeweiligen Institution bzw. Station näher zu bringen.

Es ist zu empfehlen, alle Professionen und Berufsgruppen, die an der Versorgung der PatientInnen beteiligt sind, in den Prozess mit einzubeziehen und die Rollen neu zu definieren. In einer Institution bedeutet dies eine Abgabe von Kontroll- und Entscheidungsbefugnissen von Seiten der Stationsleitung an die Pflegenden in der direkten Pflege. Es muss eine klare Aufgabenteilung erfolgen. Die Stationsleitung ist zuständig für die Bereitstellung von Arbeitsmitteln, die Organisation der Kommunikation unter den verschiedenen Professionen und die Einhaltung gesetzlicher Richtlinien.

Entscheidungen über den Zeitpunkt und die Art und Weise, wie bestimmte Pflegehandlungen durchgeführt werden und von wem, müssen an eine Primary Nurse abgegeben werden. Die Primary Nurse ist vollumfänglich verantwortlich für die Pflege der ihr zugeteilten PatientInnen, vom Zeitpunkt der Aufnahme in der Institution an. So wird die maximale Autonomie gewährleistet. Ihr wird eine Associate Nurse zugeteilt, die in ihrer Abwesenheit die Verantwortung trägt. Primary Nurse und Associate Nurse bilden Teams mit PflegehelferInnen, je nach Bedarf, jedoch mindestens zwei. Wie die Ergebnisse der Studie von Thomas (vgl. 1992, 380) aufzeigen, bewährt sich diese Art der Organisation. Ein wichtiger Aspekt ist die PatientInnenzuteilung, denn nur bei Verantwortung für eine begrenzte Anzahl von PatientInnen stellt sich ein positiver Effekt ein (vgl. Laakso & Routasalo, 2001, 480). Einer Primary Nurse sollte maximal für zehn PatientInnen zur gleichen Zeit verantwortlich sein. Von Seiten der Primary Nurse sollte darauf geachtet werden, dass die mit der Versorgung betrauten Personen immer mit den aktuellen Informationen über die einzelnen PatientInnen versorgt werden.

Autonomie und Verantwortung müssen unbedingt Eingang finden in die pflegerische Praxis, und die Pflegenden müssen genügend Zeit haben, um die Beziehung zu den PatientInnen in angemessener Form zu pflegen. Dies sind die Grundaspekte, die zur Wahrnehmung von mehr Anerkennung führen und selbst die Zufriedenheit mit dem Gehalt und dem oftmals als problematisch zu bezeichnenden Personalstand erhöhen. So kann sich langfristig auch ein Einfluss auf die Attraktivität der stationären Langzeitpflege einstellen.

Andere Empfehlungen müssen für Personen in Entscheidungspositionen auf der Makroebene bzw. etwaige Interessensvertretungen gegeben werden. Es liegt an ihnen, gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die mehr Autonomie in der pflegerischen Arbeit ermöglichen. Ein erster Schritt im Sinne der Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs wurde schon mit der teilweisen Implementierung der Ausbildung im tertiären Sektor getan. Die Hebung der Ausbildung auf den tertiären Bildungsbereich trägt vermutlich langfristig zur Steigerung des Ansehens des Pflegeberufs bei und hilft, den Professionalisierungsgrad und somit das professionelle Handeln der Pflege im Allgemeinen zu steigern. Weiters ermöglicht die Ausbildung auf tertiärem Niveau auch mehr Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten für Pflegepersonen. Bis zum jetzigen Zeitpunkt können jedoch noch keine Aussage über Auswirkungen der gehobenen Ausbildung auf den stationären Langzeitpflegebereich getroffen werden. Ebenso müssen die unterschiedlichen Zuständigkeiten für den Pflegebereich samt der Finanzierung hinterfragt werden, denn es muss, in Anbetracht der gesellschaftlichen Entwicklungen, mehr Geld in den stationären Langzeitpflegebereich investiert werden. Die Diskussionen um eine Pflegeversicherung geben Anlass zur Hoffnung. Zu empfehlen ist eine Finanzierung aus einer Hand, die Organisationseinheiten jedoch klein und regional zu halten.

## **9.2 Empfehlungen und Ausblick für die Forschung**

Wie man an der geringen Zahl der eingeschlossenen Studien erkennen kann, wurden die Auswirkungen personenzentrierter Pflegesysteme auf die Arbeit der Pflegenden in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen noch wenig thematisiert. Besonders weitreichende repräsentative Studien mit großen Stichproben und einem Längsschnittdesign, welches geeignet ist, um Veränderungen zu erkennen, wurden in Österreich noch nicht durchgeführt. Als Vorbild hierfür, kann die Studie von McCormack et al. (2010) herangezogen werden. Sie erfüllt diese Kriterien und weist eindeutig positive Auswirkungen auf Indikatoren und Faktoren der Attraktivität auf. Es ist zu empfehlen, eine Studie mit ähnlichem Design in Österreich durchzuführen. Die Studie von Berkhout et al. (2004) zeigt wiederum die Bedeutung eines triangulierten Vorgehens auf. Qualitative Daten ermöglichen ein besseres Verständnis des quantitativen Datenmaterials. Speziell bei einem so weitreichenden Begriff wie dem der Attraktivität (vgl. Sponsel, 2005) scheint dies angebracht.

Allgemein ist der Begriff der Attraktivität als zentraler Untersuchungsgegenstand zu hinterfragen, eben aufgrund seiner Reichweite und Vielschichtigkeit. In der vorliegenden Arbeit wurde versucht ein System aus Indikatoren und Faktoren aufzustellen und dadurch den Begriff der Attraktivität bewertbar zu machen. Dieses System aus Indikatoren und Faktoren scheint wesentliche Aspekte der Arbeit in der Pflege zu umfassen, wenn man die empirischen Belege aus Österreich dazu betrachtet. Zudem scheint es den Einflussbereichen, denen der Pflegeberuf unterliegt, der in einem komplexen Versorgungssystem eingebunden ist (vgl. Glaser et al., 2008, 119), gerecht zu werden. Und trotzdem können die Indikatoren und Faktoren nicht als vollständig betrachtet werden, worauf hingewiesen wurde.

Weiters muss man bei zukünftigen Untersuchungen zu dem Thema darauf Acht geben, dass die Ergebnisse nicht durch den Hawthorne-Effekt verzerrt werden. Berkhout et al. (vgl. 2004, 630) thematisierten dies in ihrer Untersuchung. Als Hawthorne-Effekt bezeichnet man das Zustandekommen von Ergebnissen nicht aufgrund der getätigten Intervention, sondern aufgrund der Aufmerksamkeit, die die teilnehmenden Personen während der Untersuchung erfahren.

Speziell eine Untersuchung zum Thema Attraktivität scheint hierbei besonders anfällig, da Anerkennung, wie schon festgestellt, die Attraktivität beeinflusst und die Anerkennung, die teilnehmende Personen aufgrund der Untersuchung erfahren, zu verzerrten Ergebnissen führen könnten. Studien mit Längsschnittdesign würden den Grad dieser Verzerrung minimieren.

Der stationäre Langzeitpflegebereich wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Personenzentrierte Pflegesysteme scheinen nach den Ergebnissen dieser Arbeit als geeignet, um die Arbeit in diesem Bereich für Pflegende attraktiver zu gestalten. Um diesen Befund auch mit Sicherheit für die österreichische Situation treffen zu können, bedarf es jedoch noch einiger Investitionen in die Erforschung personenzentrierter Pflegesysteme im Bereich der stationären Langzeitpflege.

## 10 Literaturverzeichnis

---

- Allmer G. (o.J.). Bundesgesetz für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). BGBl 108/1997 idgF BGBl I 95/1998, BGBl I 65/2002, BGBl I 6/2004, BGBl 69/2005 und BGBl I 90/2006. [www.oegkv.at/fileadmin/docs/GuKG/GuKG.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/GuKG/GuKG.pdf) (28.11.2010)
- Badelt Ch., Holzmann A., Matul Ch., Österle A. (Hrsg.) (1996). Kosten der Pflegesicherung. Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung. Böhlau Verlag: Wien, Köln, Weimar.
- Badelt Ch., Holzmann-Jenkins A., Matul Ch., Österle A. (1997). Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit u. Soziales: Wien
- Bartholomeyczik, Sabine (2003). Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung. In: Rennen-Allhoff B., Schaeffer D. (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag: Weinheim, München. 67-106
- Bauer R. (2001). Personenbezogene, soziale Dienstleistungen. Begriff, Qualität und Zukunft. Westdeutscher Verlag: Wiesbaden
- Bazlen U., Kommerell T. (2001). Pflege als moderner Dienstleistungsberuf. In: Meche N., Bazlen U., Kommerell T. (Hrsg.). Pflege Heute. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. Urban & Fischer: München, Jena
- Berkhout A., Bourmans N., van Breukelen G., Abu-Saad H. H., Nijhuis F. (2004). Resident-oriented care in nursing homes: effects on nurses. Journal of Advanced Nursing 45 (6): 621-632
- BMASK (2010). Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz <https://broschuerenservice.bmask.gv.at/download.aspx?download=Pflegevorsorgebericht%202009-Inter.pdf&kurzbez=%27B8a%27&publikation=%27%C3%96sterreichischer%20Pflegevorsorgebericht%202009%27> (12.08.2012)
- Bond S., Bond J., Fowler P., Fall M. (1991). Evaluating Primary Nursing Part 1. Nursing Standard 5(36): 35-39
- Bronfenbrenner U. (1979). The ecology of human development. Harvard University Press: Cambridge, Mass.
- Brooker D. (2008). Person-zentriert pflegen. Das VIPS-Modell zur Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz. Hans-Huber, Hogrefe: Bern
- Bruggemann A., Groskurth P., Ulrich E. (1975). Arbeitszufriedenheit. Verlag Hans Huber: Bern, Stuttgart, Wien
- Bühner M., Ziegler M. (2009). Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Pearson Studium: München

- Büssing A., Glaser J., Höge T. (2001). Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege (Belastungsscreening TAA-KH-S). Diagnostica, 47, 77–87.
- Der Standard (2012). Heimische Ökonomen im US-Wahlkampf. <http://derstandard.at/1345165325916/Oesterreichische-Oekonomen-im-US-Wahlkampf> (28.8.2012)
- Duden.de (2012a). <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/Interaktion> (15.8.2012)
- Duden.de (2012b). <http://www.duden.de/rechtschreibung/Indikator> (22.3.2012)
- Dunckel H. (1996). Psychologisch orientierte Systemanalyse im Büro. Huber: Bern
- Dunkel W., Voß G.G. (2004). Dienstleistung als Interaktion. Rainer Hampp Verlag: München, Mering
- Ersser St., Tutton E. (2000). Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Falkenstein K. (2001). Die Pflege Sterbender als besondere Aufgabe der Altenpflege. Brigitte Kunz Verlag: Hagen
- Feldmann J. (2007). Pflegende schleppen mehr als Bauarbeiter. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. <http://idw-online.de/pages/de/news235397> (10.7.2012)
- Fiechter V., Meier M. (1993). Pflegeplanung – Eine Anleitung für die Praxis. Recom: Basel
- Frick J., Walser S. (2002). Attraktivitätsstudie über Gesundheitsberufe. In: Kühne-Ponesch S. (Hrsg.). Pflegeforschung aus der Praxis für die Praxis Band 3: Angewandte Forschung in Praxis, Lehre und Management. Facultas: Wien. 75-100
- Frieling E., Sonntag K. (1999). Lehrbuch Arbeitspsychologie. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Tronto, Seattle
- Glaser Jürgen, Lampert Bettina, Weigl Matthias (2008). Arbeit in der stationären Altenpflege. Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität. Initiative Neue Qualität der Arbeit. INQA-Bericht 34. <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/Publikationen/inqa-34-arbeit-in-der-altenpflege,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf> (12.9.2010)
- Harlen W., Schlapp U. (1998). Literature Reviews. The Scottish Council for Research in Education. [http://www.hawaii.edu/cm/assets/images/lit\\_review.pdf](http://www.hawaii.edu/cm/assets/images/lit_review.pdf) (10.6.2010)
- Hasseler M. (2007). Qualitative Methoden: Systematische Übersichtsarbeiten in qualitativer Gesundheitsforschung als Grundlage evidenz-basierter Praxis. Gesundheitswesen 2007, 69: 297 – 302

- Hasselhorn H.-M., Müller B.H., Tackenberg P., Kümmerling A., Simon M. (2005). Berufsausstieg bei Pflegepersonal. <http://www.baua.de/de/Publikationen/Uebersetzungen/Ue15.pdf> (13.4.2010)
- Hofinger Ch., Kein Ch., Michenthaler G., Raml R. (o.J.). Zwölf Jahre Österreichischer Arbeitsklima-Index – Erkenntnisse und Ausblick., <http://www.slideshare.net/norram/hofinger-kien-michenthaler-raml-arbeitsklima-index> (1.9.2010)
- Hörl J., Kolland F., Majce G. (2008). Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. BMASK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Wien
- Jelenko M., Kaupa I., Kein Ch., Mosberger B. (2007). Erwerbsbiographien und Qualifikationsprofile von Diplomierten Pflegebediensteten. Arbeitsmarktservice Österreich: Wien
- Jenull B., Brunner E., Mayr M. (2008). Burnout and Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinieren Pflegekräften. Pflege, 21: 16-24
- Kämmer K. (2008). Grundlagen des Führens. In: Kämmer K. (Hrsg.). Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Schlütersche Verlagsgesellschaft: Hannover. 209-224
- Kämmer K. (Hrsg.), Schröder B. (1998). Pflegemanagement in Alteneinrichtungen. Schlütersche Verlag: Hannover
- Kozon V., Abesinejad I., Kabagaya-Fröhlich E. M. (2000). Patientenorientiertes Pflegekonzept im Ambulanzbereich AKH Wien. Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege: Wien
- Kozon V., Schlick M., Dorfmeister M., Tomaschik M. (2007). Langzeitpflege (k)eine Herausforderung?! Forschungs- und Entwicklungsbericht. Eine empirische Untersuchung von SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule in der Langzeitpflege zu arbeiten. ÖGVP Verlag: Wien
- Krajic K., Nowak P. (2003). Pflegenotstand in Österreich. Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals. Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie ([http://www.univie.ac.at/lbimgs/berichte/pnoe\\_gutachten.pdf](http://www.univie.ac.at/lbimgs/berichte/pnoe_gutachten.pdf) 12.01.2009)
- Kranewitter H., Stelzer-Orthoger Ch., Gerich J., Sonnleitner N. (2008). Berufsverläufe und Tragfähigkeit in der Altenfachbetreuung. Linz: Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. [http://www.isw-linz.at/themen/dbdocs/LF\\_Stelzer\\_Orthofer\\_Kranewitter\\_4\\_08.pdf](http://www.isw-linz.at/themen/dbdocs/LF_Stelzer_Orthofer_Kranewitter_4_08.pdf) (16.11.2010)
- Kytir J. (2006). Die demographische Revolution und die Langlebigkeit. Zu den Ursachen und Folgen des Altersstrukturwandels. In: Rosenmayr L., Böhmer F. (Hrsg.). Hoffnung Alter. Forschung. Theorie. Praxis. Facultas: Wien. 131-144

- Laakso S., Routasalo P. (2001). Changing to primary nursing in a nursing home in Finland: experiences of residents, their family members and nurses. *Journal of Advanced Nursing* 33(4): 475-483
- LoBiondo-Wood G., Haber J. (2005). *Pflegeforschung. Methoden-Bewertung-Anwendung*. Urban&Fischer: München
- Locke E. A. (1973). The nature and consequences of job satisfaction. In: Dunnette M.D. (Hrsg.). *Handbook of Industrial and organizational psychology*. Zitiert nach unveröffentlichtem Manuskript, Universität von Maryland
- Manley K., McCormack B. (2004). Practice Development: purpose, methodology, facilitation and evaluation. In: McCormack B., Manley K., Garbett R.: *Practice Development in Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing: 35-50
- Manthey M., Ciske K., Robertson P., Harris I. (1970). Primary Nursing. A return to the concept of „my nurse“ and „my patient“. *Nursing Forum*, IX (1970), 1: 65-83
- Manthey M. (2005). *Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem*. Verlag Hans Huber: Bern
- Marram G., Flynn K., Abaravich W., Carey S. (1976). *Cost Effectiveness of Primary and Team Nursing*. Contemporary Publishing: Wakefield, Mass.
- Mayr M., Lehner M. (2009). *Herausforderung der integrierten Versorgung*. Wagner Verlag: Linz
- McCormack B., Dewing J., Breslin L., Coyne-Nevin A., Kennedy K., Manning M., Peelo-Kilroe L., Tobin C., Slater P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes from changes to the care environment in residential care settings for older people. *International Journal of Older People Nursing* 5: 93-107.
- Meißner A. (2008). Meta-Studien und ihre Synonyme. *Pflege* 2008, 21: 31-36
- Meyer R. (2010). Mut zur Brücke: 221 neue Bachelor in FH-Gesundheitsberufen <http://www.gesundheit.zhaw.ch/gesundheit/ueber-uns/medien-news/newsdetail/news/mut-zur-bruecke-221-neue-bachelor-in-fh-gesundheitsberufen.html>
- Mikl-Horke G. (1997). *Industrie- und Arbeitssoziologie*. Oldenbourg: München, Wien
- Miller A. (1988). Wird die Pflegequalität durch die Anwendung des Pflegeprozesses beeinflusst? Eine Untersuchung auf geriatrischen Stationen. *Pflege* (1) 2: 94-102
- Mischo-Kelling M., Schütz-Pazzini P. (2007). *Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Herausforderungen und Chancen*. Verlag Hans Huber, Hogrefe: Bern
- Neuberger, O. (1985). *Arbeit (Basistexte Personalwesen)*. Enke: Stuttgart
- Neue Züricher Zeitung (2009). Schwerste Krise seit 50 Jahren. <http://www.nzz.ch/aktuell/startseite/publigroupe-krise-werbung-medien-1.3400500> (28.8.2012)
- Niederbacher, E. (2000). Mitarbeiterzufriedenheit auf einer Neurologischen Rehabilitationsstation. NÖ Landesakademie für höhere Fortbildung in der Pflege. Hausarbeit [www.noehome.at/zeitung6.htm](http://www.noehome.at/zeitung6.htm)

- ÖGKV – Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2012a). GuKg-inkl. Novellen und Verordnung. <http://www.oegkv.at/recht/gukg-inkl-novellen-und-verordnungen.html> (23.3.2011)
- ÖGKV - Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2012b). Berufsbild. [http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Bundesverband/Schuldirektorinnen/Berufsbild-Endfassung\\_Neuaufgabe\\_2009.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Bundesverband/Schuldirektorinnen/Berufsbild-Endfassung_Neuaufgabe_2009.pdf) (3.8.2012)
- Orischnig N. (2012). Akademisierung der Pflege in Österreich. Österreichische Pflegezeitschrift. 5, 2012: 20-23
- Peplau H. E. (1995). Interpersonale Beziehungen in der Pflege: Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Recom Verlag: Basel, Eberswalde
- Pflegear M. (2006). Pflege-theorie und -praxis. Urban & Fischer: München.
- Pflegewiki (2010). Person, [www.pflegewiki.de/wiki/Person](http://www.pflegewiki.de/wiki/Person) (1.7.2012)
- Politpedia (2012). Die multimediale Wiki-Plattform zu den Themen Demokratie, Politik und Partizipation. <http://www.polipedia.at/tiki-index.php?page=Sozialpartner> (3.6.2012)
- Pohlmann M. (2005). Beziehung pflegen. Eine phänomenologische Untersuchung der Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Pokorny B. (2004). Altenpflege - die Dienstleistung der Zukunft. Arbeitszufriedenheit als Determinante für Qualität und Attraktivität im Altenpflegebereich anhand des Seniorenwohnheims Schwertberg. Trauner: Linz
- Pschyrembel Wörterbuch Pflege (2007). Verlag De Gruyter: Berlin
- Rappold E. (2009). Pflegewissenschaft in Österreich – eine Standortbestimmung. In: Mayer Hanna (Hrsg.). Pflegewissenschaft – von der Ausnahme zur Normalität. Facultas Verlag: Wien. 10-25
- Remmers H. (2003). Ethische Aspekte der Pflege. In: Rennen-Allhoff B., Schaeffer D. (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag: Weinheim, München. 307-338
- Riess G., Rottenhofer I., Winkler P. (2007). Österreichischer Pflegebericht 2007. [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/8/CH1108/CMS1201006886045/endbericht\\_publikationsfassung\\_aktuell.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/8/CH1108/CMS1201006886045/endbericht_publikationsfassung_aktuell.pdf) (25.1.2010)
- Robert Bosch Stiftung (1996). Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Materialien und Berichte 46. Bleicher: Gerlingen
- Robertson J. F., Cummings C. (1996). Attracting Nurses to Long-Term Care. Journal of Gerontological Nursing 1996, 22(9): 24-32
- Rogers, C.R. (1961). On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin



- Rogner M. (2009). Primary Nursing in der ambulanten Pflege. Eine österreichische Perspektive. Verlag Dr. Müller: Saarbrücken
- Schlettig H.-J., von der Heide U. (1995). Bezugspflege. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest
- Schneider U., Österle A. (2006). Gesundheitssicherung im Alter aus ökonomischer Perspektive. In: Rosenmayr L., Böhmer F. (Hrsg.). Hoffnung Alter. Forschung. Theorie. Praxis. Facultas: Wien. 225-245
- Schneider U., Österle A., Schober D., Schober Ch. (2006). Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung. Forschungsbericht. ([http://epub.wu-wien.ac.at/dyn/virlib/wp/eng/mediate/epub-wu-01\\_de5.pdf?ID=epub-wu-01\\_de5](http://epub.wu-wien.ac.at/dyn/virlib/wp/eng/mediate/epub-wu-01_de5.pdf?ID=epub-wu-01_de5) 30.12.09)
- Simon M., Hasselhorn H.-M., Kümmerling A. (2004). Arbeit und Familie – Konflikt bei europäischem Pflegepersonal. Eine Analyse der Daten der europäischen NEXT – Studie. [bmwa.cms.apa.at/analyse\\_der\\_daten\\_der\\_europaeischen\\_next\\_studie.pdf](http://bmwa.cms.apa.at/analyse_der_daten_der_europaeischen_next_studie.pdf) (13.11.2010)
- Simon M., Tackenberg P., Hasselhorn H.-M., Kümmerling A., Büscher A., Müller B.H. (2005). Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal, Private Universität Witten/Herdecke. [www.altenpflege.vincentz.net/.../AP\\_09\\_10\\_Pflegepraxis\\_Next.pdf](http://www.altenpflege.vincentz.net/.../AP_09_10_Pflegepraxis_Next.pdf) (25.11.2010)
- Simsa R., Schober Ch., Schober D. (2004): Belastete AltenpflegerInnen. Zur Notwendigkeit verbesserter Rahmenbedingungen für eine langfristige Qualitätssicherung der Altenpflege. SWS-Rundschau, (44.Jg.) Heft 4/2004: 497-509. [http://www.sws-rundschau.at/archiv/SWS\\_2004\\_4\\_simsa\\_schober.pdf](http://www.sws-rundschau.at/archiv/SWS_2004_4_simsa_schober.pdf) (10.11.09)
- Slavin R . E. (1986). Best-evidence synthesis: An alternative to meta-analytic and traditional reviews. Educational Researcher, 15(9): 5-11
- Sponsel R. (2005). Attraktiv und Attraktivität. Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie: Erlangen. <http://www.sgipt.org/gipt/sozpsy/attrak0.htm#Relativit%C3%A4t%20und%20Subjektivit%C3%A4t%20der%20Attraktivit%C3%A4t>. (15.3.2009)
- Statistik Austria (2010a). Lebendgeborene seit 1991 nach Geschlecht, Legitimität und Bundesland. [http://www.statistik.at/web\\_de/static/lebendgeborene\\_seit\\_1991\\_nach\\_geschlecht\\_legitimitaet\\_und\\_bundesland\\_022901.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/lebendgeborene_seit_1991_nach_geschlecht_legitimitaet_und_bundesland_022901.pdf) (9.6.2010)
- Statistik Austria (2010b). Eheschließungen seit 1991 nach Bundesländern. [http://www.statistik.at/web\\_de/static/eheschliessungen\\_seit\\_1991\\_nach\\_bundeslaendern\\_023637.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/eheschliessungen_seit_1991_nach_bundeslaendern_023637.pdf) (9.6.2010)
- Statistik Austria (2010c). Ehescheidungen und Gesamtscheidungsrate seit 1991 nach Bundesländern. [http://www.statistik.at/web\\_de/static/ehescheidungen\\_und\\_gesamtscheidungsrate\\_seit\\_1991\\_nach\\_bundeslaendern\\_023620.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/ehescheidungen_und_gesamtscheidungsrate_seit_1991_nach_bundeslaendern_023620.pdf) (9.6.2010)

- Statistik Austria (2010d). Privathaushalte und Familien 1984 bis 2009. [http://www.statistik.at/web\\_de/static/ergebnisse\\_im\\_ueberblick\\_privathaushalte\\_und\\_familien\\_040791.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_privathaushalte_und_familien_040791.pdf) (9.6.2010)
- Statistik Austria (2010e). Bevölkerung insgesamt und in Anstaltshaushalten nach Alter, Geschlecht und Anstaltstyp zum 1.1.2009. [http://www.statistik.at/web\\_de/static/bevoelkerung\\_in\\_anstaltshaushalten\\_1981\\_bis\\_2001\\_nach\\_einrichtungstyp\\_und\\_\\_023306.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/bevoelkerung_in_anstaltshaushalten_1981_bis_2001_nach_einrichtungstyp_und__023306.pdf) (02.03. 2011)
- Statistik Austria (2011). Personal in Krankenanstalten 2010 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern (zum 31.12.). [http://www.statistik.at/web\\_de/static/personal\\_in\\_krankenanstalten\\_2010\\_nach\\_fachrichtungen\\_geschlecht\\_und\\_bunde\\_022349.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/personal_in_krankenanstalten_2010_nach_fachrichtungen_geschlecht_und_bunde_022349.pdf) (29.8.2012)
- Stetler C. B. et al. (1998a). Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *Journal of Nursing Administration* 28 (7/8): 45-53
- Stetler C. B. et al. (1998b). Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Applied Nursing Research* 11(4): 195-206
- Streissler Agnes (2004). Geriatrische Langzeitpflege. Situation und Entwicklungsperspektiven. Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien
- Stuhl T. (2006). Primary Nursing in der stationären Altenpflege. Schlütersche: Hannover
- Suhonen R., Charalambous A., Stolt M., Katajisto J., Puro M. (2012). Caregivers's work satisfaction and individualised care in care settings for older people. *Journal of Clinical Nursing* 5: 1-12
- Them, K.-H., Güntert B. J., Fritz E., Them Ch, (2007). Studie zum Berufsverbleib, Berufsausstieg, Berufswiedereinstieg diplomierter Pflegepersonen in Österreich. Teil 1. *Österreichische Pflegezeitschrift* 2/2007: 23-27
- Thomas L. (1992). Qualified nurse and nursing auxiliary perceptions of their work environment in primary, team and functional nursing wards. *Journal of Advanced Nursing* 17(3): 373-382
- Travelbee J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. F.A. Davis: Philadelphia
- Universität Wuppertal (2010). Europäische NEXT-Studie. <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?next-studie> (15.12.2010)
- Watts V. H., O'Leary J. (1980). Ten components of Primary Nursing. *Nursing Dimensions* 1980 7(4): 90-95
- Winkler P., Rottenhofer I., Pochobradsky E., Riess G. (2006). Pflegebericht 2006. ÖBIG: Wien. [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Pflegebericht\\_Publikation.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Pflegebericht_Publikation.pdf) (27.3.2010)
- Wissen.de (2009). <http://www.wissen.de/wissensserver/search?keyword=Attraktivit%C3%A4t> (13.12. 2009)

Wissen.de (2011).

<http://www.wissen.de/rechtschreibung/autonomie?keyword=Autonomie>  
(10.12.2011)

WKO – Wirtschaftskammer Österreich (2012). Pflegegeld.  
[http://portal.wko.at/wk/format\\_detail.wk?angid=1&stid=449086&dstid=0&titel=Pflegegeld](http://portal.wko.at/wk/format_detail.wk?angid=1&stid=449086&dstid=0&titel=Pflegegeld)  
(13.5.2012)

Zimber A., Albrecht A., Weyerer S. (2000). Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege. Pflege aktuell (5) 2000: 272-275

## 11 Curriculum Vitae

---

### Persönliche

#### Daten:

**Vor- und Zuname:** Andreas Kreiml  
**Geburtsdatum:** 04.10.1982  
**Familienstand:** ledig  
**Staatsangehörigkeit** Österreich



### Ausbildungs- daten

**Sept. 1989 – Juni 1997** VS Zwentendorf und AHS Tulln  
**Sept. 1997 – Juni 2002** Höhere Technische Bundeslehr- und Versuchsanstalt (Elektrotechnik)  
**Okt.2002** Sanitäterausbildung und -prüfung im Zuge des Zivildienstes  
**Seit Okt. 2003** Studium des IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien  
**Sept. 2005 – Sept. 2006** Ausbildung zum Montessoripädagogen

### Berufspraxis im Bereich Pflege und Betreuung, Erfahrungen im Bereich wissenschaftliches Arbeiten

**Okt. 2002–Sept. 2003** Zivildienst - Rotes Kreuz  
**seit Okt. 2005** Arbeit im Bereich der persönlichen Assistenz beim Verein SMD - Sozialmedizinischer Dienst  
**2007-2009** Tätigkeit als Studienrichtungsvertreter des IDS Pflegewissenschaft  
**2008** Mitarbeit beim Forschungsprojekt „Lebensqualität im Pflegeheim“ im Bereich Bewohnerbefragung  
**Jul-Aug 2008** Praktikum auf der psychiatrischen Station im NRZ Rosenhügel  
**seit 2008** Arbeit in einem Montessori Kindergarten